

Envelhecimento Humano

Diferentes olhares



Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

Ana Paula Cordeiro

(Org.)



CULTURA
ACADÊMICA
Editora

ENVELHECIMENTO HUMANO

GILSENIR MARIA PREVELATO DE ALMEIDA DÁTILO
ANA PAULA CORDEIRO
(ORGANIZADORAS)

ENVELHECIMENTO HUMANO: *diferentes olhares*

Marília/Oficina Universitária
São Paulo/Cultura Acadêmica
2015



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS

Diretor:

Dr. José Carlos Miguel

Vice-Diretor:

Dr. Marcelo Tavella Navega

Conselho Editorial

Mariângela Spotti Lopes Fujita (Presidente)

Adrián Oscar Dongo Montoya

Ana Maria Portich

Célia Maria Giacheti

Cláudia Regina Mosca Giroto

Giovanni Antonio Pinto Alves

Marcelo Fernandes de Oliveira

Maria Rosangela de Oliveira

Neusa Maria Dal Ri

Rosane Michelli de Castro

Parecerista

Sergio Antonio Carlos

Assistente Social, doutor em Serviço Social pela PUCSP, professor do Departamento de Serviço Social da UFRGS e Editor da revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.

Ficha catalográfica

Serviço de Biblioteca e Documentação – Unesp - campus de Marília

E61 Envelhecimento humano : diferentes olhares / Gilsenir Maria Prevelato
de Almeida Dátilo, Ana Paula Cordeiro (orgs.). – Marília : Oficina
Universitária ; São Paulo : Cultura Acadêmica, 2015.
296 p.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-7983-693-0

1. Universidade Aberta a Terceira Idade. 2. Envelhecimento. 3.
Idosos. 4. Cultura. 5. Idosos – Estatuto legal, leis, etc. 6. Saúde. I. Dátilo,
Gilsenir Maria Prevelato de Almeida. II. Cordeiro, Ana Paula.

CDD 305.26

Editora afiliada:



Associação Brasileira de
Editoras Universitárias

Cultura Acadêmica é selo editorial da Editora Unesp

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Prefácio | 7 |
| Apresentação | 13 |
| Universidade Aberta à Terceira Idade: percurso de uma história na Unesp <i>Maria Candida Soares Del-Masso</i> | 19 |
| Envelhecimento e Ser Idoso : Representações de Idosos que Frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade Unati- Marília Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo; Alessandra de Moraes; Mychelly Rive de Souza; Douglas de Melo Justino da Silva Junia Veloso da Silva; Gabriela Maria Braz | 45 |
| Por Mares de Sonho e Criação, de “Fragmentos da Vida” Vamos “Tecendo Esperanças”: a História das Oficinas de Teatro da Unati (Universidade Aberta à 3 ^A Idade) – Unesp de Marília <i>Ana Paula Cordeiro</i> | 69 |
| Reunir-Se em Torno do Ato de Ler: Que Significado Isso Tem? <i>Arléta Nóbrega Zelante; Célia Regina Guedes Licas; Cristina Tisuko Maeda Saito; Dirceu Silva; Flanir Valente; Iraci Pereira Mesquit Melo; José Carlos Caetano; José Sidnei Bastos; Maria Ivone dos Santos Pandolfi; Orciza C. Salgado; Sonia Adorno; Stela Miller</i> | 95 |
| Estimulação cognitiva: Oficinas de Memória <i>Edvaldo Soares; Aline Murari Ferraz Carlomanho; Luiz Augusto Knauf Ferreira; Luã Carlos Valle Dantas; Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho</i> | 111 |
| Direitos Humanos e Direitos da Pessoa Idosa: Relembrando o Estatuto do Idoso e Alguns Documentos Internacionais <i>Tânia Sueley Antonelli Marcelino Brabo</i> | 131 |

| | |
|--|-----|
| O Direito da Pessoa Idosa nas Constituições do Brasil e de Portugal <i>Mariana Moron Saes Braga</i> | 145 |
| A Educação das Pessoas Idosas e o Envelhecimento Ativo/Produtivo: Políticas, Possibilidades e Constrangimentos em Portugal e no Brasil <i>Maria Custódia Jorge Rocha</i> | 167 |
| A Importância da Prevenção de Quedas em Idosos <i>Ligia Cristiane Santos Fonseca; Isabela Feitosa de Carvalho; Marcos Eduardo Scheicher</i> | 207 |
| O Envelhecimento e a Questão da Qualidade de Vida <i>Maria Jose Sanches Marin; Vanessa C, BertassiPanes</i> | 221 |
| Concepções de Universitários sobre a Doença de Alzheimer <i>Dayse Cristina Pacheco; Gilsenir Maria P. de Almeida Dátilo</i> | 239 |
| Na Trama dos Dramas da Separação Amorosa <i>Maria Alves de Toledo Bruns</i> | 253 |
| Atividade Física e Prevenção de Doenças em Idosos <i>Robison José Quitério; Alexandre Ricardo Pepe Ambrozin</i> | 263 |
| Palavras finais <i>Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo</i> | 285 |
| Sobre os Autores..... | 287 |

PREFÁCIO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial, sendo que nos países desenvolvidos ocorreu gradativamente e nos países em desenvolvimento de forma acelerada nos últimos anos. Este aumento populacional está associado a diversos fatores, entre eles podemos citar a queda da natalidade, a mortalidade infantil, os avanços científicos e tecnológicos e as melhorias na qualidade de vida, bem como a concretização de políticas públicas na área do trabalho, habitação, saúde, previdência e assistência social.

O crescimento acelerado da população idosa no cenário brasileiro, identificado nos resultados do Censo Demográfico de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que este segmento no Brasil atualmente é de 8.011.375 cidadãos, e que há dez anos tínhamos um contingente populacional de apenas 2.707.91, ou seja, tais dados demonstram o crescimento acelerado desta faixa etária idosa, o que, certamente, traz repercussões demográficas e, consequentemente, sociais. Entretanto, é importante ressaltar que o processo de envelhecimento brasileiro ocorre de forma diferenciada em cada uma das regiões do país, assim, o processo de envelhecimento e velhice é heterogêneo, e, por sua vez, expressa de variadas maneiras a desigualdade social, o modo de vida e trabalho da população idosa e especialmente o acesso às políticas públicas ou a violação dos direitos humanos e sociais.

Nos últimos anos, diversos autores têm estudado os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e velhice: biopsicossocial, o viés cultural, político e cultural, ressaltando a importância da atuação interdisciplinar dos profissionais compromissados com a questão da pessoa idosa.

O reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e os princípios de independência, autonomia, participação, dignidade, assistência e autorrealização pela Organização das Nações Unidas (ONU) por meio da Organização Mundial da Saúde em 2002 durante a elaboração do Plano de Madrid, contribuem para embasar toda uma política para a promoção do envelhecimento ativo que, naturalmente, depende de uma diversidade de condicionantes, sejam eles de gênero, cultura e acesso aos direitos. E estes condicionantes envolvem indivíduos, famílias, comunidades, países, ou seja, são questões de reflexão e ação coletiva.

O envelhecimento ativo está baseado no tripé saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Permite que as pessoas percebam e busquem exercer suas potencialidades ao longo do curso da vida para a promoção do bem-estar físico, social e mental. Essa política de envelhecimento ativo que chega ao Brasil em 2005 dispõe que as pessoas idosas sejam estimuladas a se tornarem protagonistas sociais, que visa a elaboração e execução de políticas públicas de acordo com as necessidades do segmento idoso, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propiciando proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

O idoso nesta ótica é visto como uma pessoa de direitos, ativa, capaz de participar nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade, buscando assim, evitar seu isolamento e as situações de risco e vulnerabilidade social por meio da construção espaços propícios e acessíveis para incentivar a participação nas atividades comunitárias, grupos de convivência de idosos e conselhos de direito.

A promoção da política de envelhecimento ativo pressupõe a concretização e a materialização de políticas públicas intersetoriais e direitos sociais ao longo da vida. Um dos campos destacados pelo Estatuto do idoso (Lei nº. 3561/2003) é a área da educação que dispõe no *Capítulo IV- Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer*, que o idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversos, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Ainda neste capítulo, mais precisamente no artigo 25, refere-se a criação de universidade aberta:

Art. 25 – O poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade virtual.

Atendendo a determinação legal, e, sobretudo atendendo a uma necessidade social, a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), implanta da Universidade Aberta à Terceira Idade — UNATI, em vários campus. Estes projetos de extensão pilotos antecederam até mesmo da Política Nacional do Idoso (1994). Mas somente em 2001, a universidade reconhecendo a importância social da UNATI cria o Núcleo Central das UNATI(s) através da Portaria UNESP nº.191, de 07 de maio de 2001. É um projeto de extensão universitária que presta serviço à comunidade idosa em várias cidades do Estado de São Paulo, com o propósito de interagir como o idoso, possibilitando usufruir o espaço educacional e cultural da Universidade para a ampliação de conhecimentos, educação continuada, convivência social e troca de experiências de vida entre os participantes das UNATIs, visando o envelhecimento digno e ativo. Participam diretamente do projeto alunos da graduação e pós-graduação, docentes e técnico-administrativos, contribuindo com o desempenho da função social da Universidade Pública, e construindo a cultura intergeracional.

O livro que ora vem a público apresenta o trabalho desenvolvido na UNATI do Campus de Marília, através dos diversos olhares profissionais sobre o fenômeno mundial do processo de envelhecimento as articulações com a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. A obra apresenta um estilo claro e objetivo, demonstrando a diversidade de óticas disciplinares e profissionais, ressaltando aspectos do envelhecimento e da velhice, enfatizando a riqueza da atuação dos profissionais de diversas áreas e além de tudo, trazendo reflexões profícias que subsidiarão tanto o trabalho interdisciplinar quanto suscitando indagações teóricas e científicas sobre os assuntos destacados.

Cada capítulo do livro nos faz pensar nas possibilidades de intervenção, parcerias e construção histórica com o segmento idoso. Nesta perspectiva, a obra é resultado de um trabalho interdisciplinar, envolvendo

as diversas áreas de conhecimento existente na universidade e a experiência de cada profissional.

O Capítulo I intitulado “Universidade Aberta a Terceira Idade: percurso de uma história”, relata como surgiu a Universidade Aberta à Terceira Idade - UNATI na UNESP, mostrando a implantação da UNATI, em vários campus da universidade e a criação do Núcleo Central. Ressalta que a UNATI/UNESP enquanto espaço em uma Universidade, contempla o público que demanda de uma ação social e educacional, com oferta de espaço para debater as questões mais diretamente ligadas à construção da cidadania nessa fase da vida. Afirma que o objetivo principal do projeto UNATI é a integração social da pessoa idosa mediante o convívio no espaço acadêmico, utilizando-se de atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária.

Os textos seguintes trabalham as atividades proposta no projeto UNATI do Campus de Marília, realizadas em forma de cursos e oficinas, objetivando a reflexão sobre diferentes assuntos conforme interesse dos alunos. Para melhor compreensão dividiremos em áreas temáticas: arte, saúde, políticas sociais para as pessoas idosas e reflexões sobre envelhecimento e velhice, contidos nos capítulos do presente livro.

No que tange a “Arte”, o texto “Por mares de sonho e criação, de ‘fragmentos da vida’ vamos ‘tecendo esperanças’: a história das oficinas de teatro...” demonstra que no processo de envelhecimento a arte ajuda no bem-estar, a renovação de pensamentos, estimulando a criatividade e a promoção da consciência crítica, desembocando na valorização pessoal.

No âmbito da área de “Saúde” destacamos o texto que se refere a “Oficinas de memória”, mostra a importância da estimulação da memória, uma vez que as pessoas idosas estão mais sujeitas ao declínio cognitivo, decorrente de processos demenciais que envolve declínio da memória, julgamento, habilidades de raciocínio abstrato e outras funções intelectuais superiores. Realça a importância de políticas públicas e serviços de saúde voltados às pessoas idosas, contendo programas e atividades preventivas, bem como à elaboração de estratégias de intervenção e reabilitação cognitivas.

Ainda na área da saúde o texto intitulado “A importância da prevenção de quedas em idosos” relata a importância da atividade física, vis-

to que esta influencia favoravelmente os sistemas orgânicos e associa-se a melhoria da saúde mental, integração social e emocional do ser humano.

Em relação as “Políticas sociais para os idosos” o texto sobre “Direitos Humanos e direitos da pessoa idosa: o que dizem os documentos internacionais”, discute que o segmento idoso, através de movimentos sociais e lutas, conquistaram alguns direitos sociais, tanto a nível mundial quanto a nível nacional. A partir da década de 1970, o processo de envelhecimento começa a ganhar expressão internacional, tendo em vista a realização de duas Assembleias Mundiais sobre envelhecimento, uma em Viena, em 1982 e a outra em Madri em 2002. No Brasil, a primeira política pública dirigida a pessoa idosa, foi regulamentada em 1994, Política Nacional ao idoso (PNI) que dispõe sobre normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo legalmente o exercício da autonomia, integração e participação efetiva como instrumento da cidadania. Esse mesmo texto ressalta que, apesar dos avanços, os direitos sociais estão garantidos, mas não efetivados.

Outro texto intitulado “O direito da pessoa idosa nas constituições do Brasil e de Portugal” discorre sobre o processo de especificação dos sujeitos de direito, objetivando explicar a razão pela qual as pessoas idosas possuem direitos especiais consagrados nas Constituições dos Estados e nas legislações esparsas.

Ainda relacionado as políticas públicas, o texto “A educação das pessoas idosas e o envelhecimento ativo: políticas, possibilidades e constrangimentos em Portugal e no Brasil” mostra como o envelhecimento tem sido tratado em documentos políticos de produção internacional, europeia e de alguns Estados/Governos (Portugal/Brasil), mais concretamente no que se refere à produção de políticas públicas orientadas para o âmbito da alfabetização, educação, formação e trabalho das pessoas idosas.

Em relação as discussões sobre envelhecimento e velhice, o texto “Envelhecimento e ser idoso: representações de idosos que frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade”, propõe o estudo das representações sociais e do envelhecer no século XXI, assunto relevante, que deve ser levado em conta para a análise da realidade social das pessoas idosas, suas percepções e aspirações.

A oportuna obra mostra reflexões importantes sobre o envelhecimento humano e velhice em um caráter multidimensional, discutidos em um ambiente universitário, atendendo uma demanda da sociedade, evidenciando que um dos desafios do século XXI, é garantir o envelhecimento ativo e digno à população, buscando uma sociedade para todas as idades de forma que as pessoas idosas tenham participação plena na vida social e que as pessoas idosas sejam concebidas como sujeitos de direitos, ativos e com potencialidades humanas que não se vão com o passar dos anos.

Franca(SP), outubro de 2015

Profa.Dra. Nanci Soares
Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social - UNESP-Campus de Franca

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o presente volume, concebido e organizado pelos docentes participantes e colaboradores da Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP. A ideia geradora deste livro foi concebida a partir de uma Mostra Cultural realizada na UNESP, em dezembro de 2013, onde eu e mais alguns docentes que colabaram na UNATI, pensamos o quanto seria bom compartilhar com a comunidade acadêmica e a população em geral, a produção do corpo docente referente à suas pesquisas sobre o Envelhecimento Humano. Refletimos sobre o quanto os nossos alunos idosos produzem nas Oficinas Culturais, nas Mostras Culturais, em pesquisas que realizamos e os mesmos aceitam com alegria participar. Estávamos então “empolgados” e muito estimulados a colocar a nossa vivência no papel.

Quanto a Mostra Cultural da UNATI de Marília, necessito contar um pouco do que fazemos. Todos os anos realizamos duas Mostras, uma em julho e outra em dezembro, onde os alunos idosos expõe seus trabalhos, sob a coordenação dos docentes que ministram as Oficinas ou cursos. Normalmente a Oficina de Teatro prepara uma peça, a de Leitura, escreve algum tipo de poesia, ou conto e apresenta em forma de jogral. A oficina de Informática apresenta vídeos preparados por eles mesmos, convidamos também pessoas da comunidade para abrilhantar esse nosso evento, tais como o Coral do Banco do Brasil de Marília, Coral da UAPEM – União dos Aposentados de Marília entre outros.

O bonito e muito gratificante, é o fato de que nossos alunos idosos, nos ajudam na organização das Mostras Culturais, dão ótimas sugestões, como por exemplo a atual, no final deste anos de 2015, teremos a “festa nas

nações”, onde uma das apresentações, será falar sobre a cultura da América do Sul, mostrarão com slides, algumas comidas típicas, hábitos e costumes desses povos. Esse trabalho tem a parceria de uma docente e alguns alunos da graduação do curso de Relações Internacionais da UNESP de Marília SP.

Ao longo do tempo temos observado a partir da presença de vários profissionais que ministram palestras na UNATI, as múltiplas visões sobre o envelhecimento. Foram muitas as palestras, muitos os docentes e pesquisadores, de vários cursos da área de humanas e biológicas nesses anos, a partir de 1994, se pensarmos que todas as quartas-feiras elas acontecem. Deste modo, convivendo com a presença de diversos olhares sobre o tema envelhecimento, surgiu a ideia de organizar um livro com a contribuição de vários pesquisadores que trabalham ou já trabalharam com a UNATI, seja ministrando palestras, cursos ou oficinas. Assim nasceu este livro “Envelhecimento: diferentes olhares”, uma pequena contribuição sobre Universidade Aberta da Terceira Idade, sobre o Envelhecimento e várias contingências derivadas desta temática.

Iniciamos o livro com o capítulo intitulado “Universidade Aberta à Terceira Idade: percurso de uma história na UNESP” de autoria de Maria Cândida Soares Del-Masso, onde aborda a proposta de implantação da Universidade Aberta à Terceira Idade UNATI na UNESP pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária e como foram os procedimentos iniciais para discussão, análise e execução da proposta. Apresenta também as ações junto à Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP, campus de Marília, para que a UNATI fosse implantada nessa Unidade Universitária. Apresenta um panorama do atual cenário da UNATI na UNESP.

O segundo capítulo intitulado “Envelhecimento e ser idoso: representações de idosos que frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade UNATI – UNESP Marília – SP”, se propõe ao estudo das representações sociais sobre o envelhecimento e ser idoso, no contexto da Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP de Marília (UNATI), à luz das representações sociais, as quais levam a apreensão de um conhecimento compartilhado, viabilizado na interação entre o saber do senso comum e o saber científico. Estimula a reflexão sobre o papel das UNATI no processo de envelhecimento.

O terceiro capítulo, intitulado Por mares de sonho e criação, de “fragmentos da vida” vamos “tecendo esperanças”: a história das oficinas de teatro da UNATI (UNIVERSIDADE ABERTA Á 3^a IDADE) - UNESP DE Marília, de autoria da Professora Ana Paula Cordeiro visa apresentar um pouco do trabalho realizado ao longo de uma trajetória de quinze anos: os exercícios e jogos teatrais desenvolvidos, os processos de criação teatral a partir de lembranças, relatos e histórias de vida, trechos das peças criadas e de textos individuais e coletivos, visando a oferecer ao leitor, por meio dessa história, também um caminho metodológico para o trabalho com teatro junto a pessoas idosas.

O quarto capítulo escrito pela Professora Stela Miller e pelos membros da Oficina de Leitura da UNATI/Marília intitulado “Reunir-se em torno do ato de ler: que significado isso tem?”, visa a evidenciar, por meio da reprodução dos depoimentos dados pelos membros da Oficina de Leitura, o significado que para cada um deles tem a sua participação nessa atividade.

O quinto capítulo “Estimulação cognitiva: oficinas de memória”, escrito pelo Professores Edvaldo Soares e Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho e seus alunos Aline Murari Ferraz Carlomanho, Luiz Augusto Knafele Ferreira e Luá Carlos Valle Dantas é resultado de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos junto a idosos institucionalizados e junto a idosos não institucionalizados participantes da UNATI – UNESP de Marília/SP pelos integrantes do Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC objetiva descrever a importância da estimulação cognitiva, especialmente das oficinas de memória como fator de proteção ao declínio cognitivo em idosos.

O sexto capítulo intitulado “Direitos humanos e direitos da pessoa idosa: o que dizem os documentos internacionais”, escrito pela Professora Tânia Suely Antonelli Marcelino Brabo pretende analisar o que os mesmos trazem a respeito dos direitos para esta fase da vida ressaltando que o idoso, nos debates e em alguns documentos, é quase sempre um homem, branco, heterossexual e de classe média a despeito de as pesquisas ressaltarem que a maioria da população envelhecida no Brasil constitua-se, predominantemente, de mulheres.

O sétimo capítulo da Professora Mariana Moron Saes Braga intitulado “O direito da pessoa idosa nas constituições do Brasil e de Portugal”, objetiva identificar semelhanças e diferenças em relação às disposições constitucionais endereçadas a pessoa idosa no Brasil e em Portugal. Trata-se de um estudo de direito comparado entre as Constituições dos dois países.

O oitavo capítulo intitulado “A educação das pessoas idosas e o envelhecimento ativo: políticas, possibilidades e constrangimentos em Portugal e no Brasil”, de autoria da Professora Maria Custódia Jorge Rocha analisa alguns documentos políticos de produção internacional, europeia e de alguns Estados/Governos (Portugal e Brasil) prestando uma atenção particular à forma como o envelhecimento tem vindo a ser tratado por parte destas instâncias, mais concretamente no que se refere à produção de política pública orientadas para o âmbito da alfabetização/educação/formação das pessoas idosas.

O nono capítulo de autoria de Ligia Cristiane Santos Fonseca, Isabela Feitosa de Carvalho e Marcos Eduardo Scheicher intitulado “A importância da prevenção de quedas em idosos”, os atores visam evidenciar a necessidade de se avaliar a queda no idoso, suas consequências e medidas preventivas que podem diminuir o risco das quedas ocorrerem.

O décimo capítulo intitulado “O envelhecimento e a questão da qualidade de vida”, de autoria das Professoras Maria José Sanches Marin e Vanessa C. Bertassi Panes traz uma abordagem conceitual e distintas propostas de avaliar a qualidade de vida do idoso frente ao atual contexto social. Além disso, destaca aspectos importantes na manutenção da qualidade de vida ao longo dos anos.

O décimo primeiro capítulo intitulado “Concepções de universitários sobre a Doença de Alzheimer”, das Professoras Dayse Cristina Pacheco e Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo nos mostra que a doença de Alzheimer (DA) é responsável por, aproximadamente 56% do número total de casos de demências. Relata-se a percepção da DA pelos alunos dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Filosofia e Ciências “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP Campus de Marília, no que diz respeito aos sintomas, diagnóstico e tratamento, nos anos de 2011 e 2012.

O décimo segundo capítulo de autoria da Professora Maria Alves de Toledo Bruns, intitulado “Na trama dos dramas da separação amorosa”, a autora considera que tanto na procura da satisfação de um desejo sexual cuja chama pode até vir a se apagar no instante de um encontro passageiro (o *ficar*) quanto no anseio de uma relação duradoura que alicerça sonhos e fantasias de vínculos e trocas eróticas capazes de superar a enfadonha rotina vivida pelo casal, *Eros* não mede esforços e corre riscos lançando-se na busca de sua realização.

Por fim, o décimo terceiro capítulo intitulado “Atividade física e prevenção de doenças em idosos”, de autoria dos Professores Robison José Quitério e Alexandre Ricardo Pepe Ambrozin, aborda as questões relacionadas as mudanças estruturais e funcionais que caracterizam o envelhecimento humano normal e os efeitos do exercício e/ou atividade física sobre o processo de envelhecimento, capacidade funcional, progressão de doenças crônicas e incapacitantes, saúde física e o bem estar psicológico.

Finalizamos essa apresentação, desejando aos leitores que aproveitem bem os textos, os quais foram preparados com muito cuidado, atenção e competência por todos os autores e autoras que fazem parte da nossa UNATI de Marília/SP. Uma das missões da Universidade é a produção e divulgação dos conhecimentos científicos, tentando assim a transformação da sociedade, visando a condições melhores.

Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE: PERCURSO DE UMA HISTÓRIA NA UNESP¹

Maria Candida Soares Del-Masso

Aprendi com a primavera a deixar-me cortar
e a voltar sempre inteira.

Cecília Meireles (1998)

A compreensão do processo de envelhecimento humano não requer apenas o entendimento da palavra na concepção linguística do termo, do qual podemos dizer que envelhecer é chegar pouco a pouco a um período mais avançado da vida ou, perder a jovialidade, a beleza, além das significativas perdas das habilidades cognitivas. Sob essa perspectiva, o envelhecimento representaria apenas uma mudança ou uma simples passagem de uma fase para outra fase da vida. O processo de envelhecimento humano deveria considerar o estudo de diversas variáveis presentes na vida dos indivíduos como: biológicos, físicos, econômicos, familiares e, principalmente, pessoais e socioculturais².

Neste texto pretendemos abordar breve análise de como o envelhecimento humano é visto na atualidade apontando o crescente aumento da longevidade que impacta diferentes áreas do conhecimento. Considerando esse aspecto e a presença constante de idosos interessados em participar ativamente do meio sociocultural, a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP traz à discussão no meio acadêmico a proposta de criação de um projeto denominado PROJETO SENIOR com o intuito

¹ Apoio Fundunesp – Fundação para o Desenvolvimento da UNESP.

² Embora essas variáveis sejam fundamentais ao processo de envelhecimento humano, não iremos desenvolvê-las no escopo deste texto.

de abrir espaço na universidade para receber esses idosos para o convívio e a frequência em diferentes atividades. A partir dessa proposta, apresentaremos como foi o início do estudo do envelhecimento humano na UNESP, particularmente na Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX) e como ocorreu a implantação do projeto na Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC), da UNESP – campus de Marília. O nosso objetivo é resgatar a história da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) junto à PROEX e à FFC, traçando um percurso cronológico das ações da UNATI e situando as diferentes atividades de modo a concretizar na UNESP os estudos acerca do envelhecimento humano e da compreensão do papel que o idoso ocupa no meio acadêmico e sociocultural.

Acreditamos que esse olhar mais cauteloso para o estudo do envelhecimento humano possa facilitar a compreensão de como o idoso, a família e o próprio meio sociocultural concebem o processo de envelhecimento e as respectivas mudanças nessa etapa da vida. Diante desse aspecto, não é necessário apenas entender o envelhecimento sob a ótica biológica, mas sim sob a ótica social, legal, cultural como um ciclo complexo que engloba desde a aceitação das pequenas mudanças por parte dos indivíduos até as mudanças mais complexas presentes no meio sociocultural.

A aceitação do envelhecimento humano não é uma das tarefas mais fáceis, uma vez que os indivíduos estão condicionados a acreditarem que só os outros envelhecem e que eles permanecerão eternamente jovens, maduros e mais experientes, mas jamais velhos. O culto ao novo, ao atual, ao moderno, transformou o ato de envelhecer em um martírio e um exílio social forçado causando temor às pessoas que envelhecem. Esse “suposto martírio” é percebido aos primeiros sinais da passagem do tempo e é importante compreender o envelhecimento como um processo que ocorre naturalmente com os indivíduos ao longo de suas vidas, e que não é um fenômeno que ocorre rápida e isoladamente.

Essas reflexões acerca do envelhecimento humano encontraram espaço para o debate tanto no meio sociocultural como no ambiente acadêmico e mobilizaram o contexto universitário em torno do tema envelhecimento constatado em pesquisas e estudos a respeito do desenvolvimento populacional no mundo, no país e no meio universitário.

No Brasil, os dados apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) apontam um aumento significativo da população que envelhece. Esse aumento populacional pode ser atribuído aos avanços da medicina, à melhoria da qualidade de vida, às novas tecnologias resultando no aumento da longevidade que atingiu em 2012 uma expectativa média de vida de 74,6 anos para ambos os gêneros. Na diferenciação por gênero, entre as mulheres já ultrapassou 78,3 anos de idade e entre os homens chegou aos 71,0 anos de idade.

As pesquisas e estudos indicam uma mudanças significativas nos perfis sociais, pois os indivíduos estão ficando mais velhos e têm suas expectativas de vida aumentadas, fenômeno esse que atinge todos os países, quer desenvolvido, quer em desenvolvimento. Nesse sentido, o preocupante não é o processo de envelhecimento em si, mas as políticas públicas que perpassam por essa temática e que demonstram o despreparo para suportar um aumento significativo desse grupo etário e, mais do que isso, o não oferecimento de condições mínimas de sobrevivência com dignidade e respeito a esses indivíduos que envelhecem.

Na comunidade científica é grande a preocupação em identificar e descrever detalhadamente estudos realizados acerca do envelhecimento humano e dos processos cognitivos, processos esses que envolvem significativamente a memória, área considerada mais afetada no envelhecimento. É fato entre os indivíduos membros de qualquer grupo social que a proximidade da velhice representa perdas na manutenção do status social, mas representa também, sob a ótica do senso comum, a entrada em um ciclo onde o organismo é exposto a uma série de perdas físicas e mentais. Decorrem desse fato, não só aspectos positivos como aqueles que buscam estudar as perdas naturais do organismo, mas surgem iniciativas originadas por esses julgamentos errôneos sobre o envelhecimento prometendo resultados milagrosos. Daí o que antes era natural e consequência da vida transformar-se em um mal que deve ser combatido a todo o custo.

Por se tratar de um complexo sistema orgânico, o corpo humano sofre modificações diárias; ele se auto-estrutura de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Várias estruturas presentes no corpo, como as células, são descartadas diariamente com o intuito de manter o equilíbrio funcional do organismo.

Conforme argumentam Del-Masso e Broens (2001, p. 331-2), os atuais estudos sobre:

a memória, a atenção, a percepção e a aprendizagem indicam que as estruturas neurológicas responsáveis por essas funções não estão necessariamente regionalizadas de modo definitivo, pois certas regiões do cérebro podem desempenhar tarefas específicas, além das suas próprias, mediante mecanismos psico-bio-químicos que se ajustam de acordo com as necessidades do indivíduo na sua interação com o meio ambiente.

E não há apenas mecanismos de auto-regulação no interior do cérebro, mas há também a reorganização do espaço ocupado pelo indivíduo no meio sociocultural, no intuito de auxiliar em um melhor desempenho das funções cerebrais. É um misto de interferência interna e externa na execução dos processos mentais na interação com o meio sociocultural.

Para que essa nova visão de envelhecimento humano seja vista em uma perspectiva positiva é importante que o idoso abandone os rótulos que a sociedade lhe atribuiu em relação ao descrédito social. Ele deve buscar novas experiências, novas alternativas de vida, seja participando de grupos de terceira idade, de uma roda de amigos, como também de atividades programadas para ensiná-los a vivenciar essa etapa da vida. Além disso, as mudanças introduzidas na vida desses indivíduos poderão contribuir não só para a ampliação dos seus horizontes, como também apresentar melhorias nos quadros físico, emocional, intelectual, de relacionamento familiar e com o meio de modo geral.

Nessa perspectiva o espaço universitário se reveste de fundamental importância para refletir o papel que o idoso ocupa na sociedade, assim como propiciar condições para um novo olhar, um novo paradigma acerca do envelhecimento humano possibilitando a mudança de uma visão muitas vezes negativa, de descrédito, para uma visão positiva desse momento da vida. Assim, trazer essa temática para dentro da UNESP e discuti-la junto à comunidade acadêmica da UNESP foi uma proposta assumida pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária no cumprimento de suas metas de inclusão social.

DO PROJETO SENIOR À UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE

Iniciar as discussões sobre envelhecimento humano e o papel do idoso na universidade foi um desafio colocado à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP há 22 anos, pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX), à época denominada Pró-Reitoria de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários, tendo o objetivo da integração social do idoso mediante o convívio no meio acadêmico, utilizando-se de atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária.

Essa discussão ocorreu a partir do Ofício Circular Nº 55/93-PROEX, de 29 de novembro de 1993, assinado pelo então Pró-Reitor Professor Doutor Vagner José Oliva, que solicitava análise e manifestação das Unidades Universitárias da UNESP sobre a proposta inicial para implantação do PROJETO SENIOR em resposta as propostas de ações governamentais atribuindo às Universidades ações educativas no atendimento à população idosa. Assim o ofício circular foi encaminhado às Comissões de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários (CEUACs³) de cada Unidade Universitária, sob a responsabilidade das Vice-Diretorias locais, para discussão e manifestação quanto às ações viáveis e exequíveis para a implantação e/ou implementação dessa proposta com devolutiva do documento à Pró-Reitoria de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários. É importante ressaltar que as ações iniciadas na UNESP antecedem a Lei Nº 8.842⁴, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso comumente denominado Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Com os resultados enviados pelas Unidades Universitárias da UNESP à Pró-Reitoria de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários e com o intuito de possibilitar que a comunidade acadêmica tivesse contato com profissionais da área do envelhecimento humano foi realizado de 22 a 24 de novembro de 1994, na cidade de Águas de Lindóia (SP), o Wokshop PROJETO SENIOR com a participação dos Vice-Diretores, de membros indicados pelas diferentes CEUACs e profissionais da UNESP, assim como profissionais de outras instituições com vasta experiência em atividades voltadas à terceira idade e ao envelhecimento humano.

³ Atualmente denominada Comissão Permanente de Extensão Universitária – CPEU.

⁴ Alterada pela Lei nº 10.741, de 1º/10/2003 - DOU DE 03/10/2003 (Estatuto do Idoso).

Entre as instituições externas que participaram do evento cabe citar o Serviço Social do Comércio (SESC/SP), o Conselho Estadual do Idoso, a Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), o Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP/SP), a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e o Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo. Os representantes de cada instituição expuseram as ações realizadas salientando os aspectos positivos dessas atividades assim como os pontos nevrálgicos acerca do envelhecimento humano e da inserção social do idoso nos diferentes contextos.

A abertura do primeiro dia do evento ficou a cargo do Professor Doutor Artur Roquete de Macedo⁵ que abordou o tema “Projeto Senior na UNESP: importância social e acadêmica”. Em seguida, Professor Danilo Santos de Miranda apresentou a palestra “Experiência Pioneira do SESC” nas ações voltadas à terceira idade. No período da tarde ocorreu o Painel de Relato de Experiências da “Universidade da Terceira Idade” nas instituições de ensino superior USP, UNIMEP e PUCCAMP.

No segundo dia de atividade a Professora. Zally de Queiroz, Presidente do Conselho Estadual do Idoso à época, proferiu a conferência “Perspectivas e Alternativas de Trabalho” seguida pelo do Professor Renato Requia, Assessor do Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo que abordou “Terceira Idade: Demografia e Questão Social”.

No período da tarde desse segundo dia de evento foram apresentadas as ações em desenvolvimento até aquele momento, assim como as propostas e ações identificadas pelas CEUACs da UNESP que viriam ao encontro do PROJETO SENIOR. Participaram dessa atividade as Unidades da UNESP de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Botucatu, Franca, Guaratinguetá, Marília, Presidente Prudente, Rio Claro, São José do Rio Preto e São Paulo – Instituto de Artes.

Interessante ressaltar que algumas Unidades Universitárias da UNESP já realizavam atividades juntos aos idosos com diferentes objetivos conforme as áreas temáticas dos respectivos campus universitários quer com ênfase nas humanidades, ou com foco em aspectos biológicos, sociais,

⁵ Reitor da UNESP no período de 16/01/1993 – 14/01/1997.

mas todos com o intuito de trazer o idoso para dentro da Universidade ou chegar até o idoso em diferentes locais da sociedade. Essas ações consistiam em Oficinas de Vivência e Resgate da Autoestima, Teatro para a Terceira Idade, atividades em parceira com a Legião Brasileira de Assistência (LBA⁶) e com o SESC, ações com ex-funcionários da UNESP, visitas aos locais históricos e ecológicos dos municípios onde as ações eram realizadas, atividades desenvolvidas por profissionais da UNESP em asilos e entidades de longa permanência tendo como foco saúde, arte e lazer para terceira idade. Apesar de algumas Unidades da UNESP já realizarem atividades com idosos, havia campus que não tinha começado qualquer tipo de atividade, buscando nesse evento subsídio para a discussão e possível implantação do PROJETO SENIOR.

No último dia de evento foram constituídos grupos de trabalho com o objetivo de discutir as propostas e expectativas do PROJETO SENIOR nas Unidades Universitárias da UNESP que deveria iniciar suas atividades a partir de 1995, assim como sugestões para os próximos encontros para acompanhamento dos projetos. Esse momento possibilitou, inclusive, a discussão do título do projeto sendo o resultado apresentado em Plenária realizada na tarde do último dia do evento. Por maioria dos participantes, decidiu-se por utilizar a partir daquela data não mais o título de PROJETO SENIOR, mas “UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE (UNATI) por identificar com maior clareza o que a UNESP pretendia realizar junto ao grupo de idosos nas diferentes áreas de atuação, sendo aceito por unanimidade pelos participantes presentes. Após esse evento e com o apoio institucional da PROEX as Unidades Universitárias da UNESP comprometeram-se a fortalecer as ações já existentes e as que demandariam a implantação do projeto da UNATI já no 1º semestre letivo de 1995.

Os primeiros coordenadores dos Núcleos Locais das UNATIs estão descritos no Quadro 1:

⁶Órgão do Governo Federal considerada entidade filantrópica. Fundada em 1942 por Darcy Vargas, primeira-dama naquela época sendo presidida por primeiras-damas. Em 1995, a LBA foi extinta logo no primeiro dia do governo do então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso.

Quadro 1: Primeiras Coordenações das UNATIs

| Campus | Unidade Universitária | Coordenação |
|-----------------------|--|---|
| Araçatuba | Faculdade de Odontologia | Rui dos Santos Pinto |
| Araraquara | Faculdade de Ciências Farmacêuticas | Rodolpho Telarolli Junior |
| Assis | Faculdade de Ciências e Letras | Edna Julia Scombatti Martins |
| Bauru | Faculdade de Ciências | Clorinda Maria da Luz Mansani Queda |
| Franca | Faculdade de História, Direito e Serviço Social ¹ | Victlina Maria Pereira Di Gianni |
| Guaratinguetá | Faculdade de Engenharia | Maria Helena Carrijo de Faria Lacaz |
| Marília | Faculdade de Filosofia e Ciências | Maria Candida Soares Del-Masso |
| Presidente Prudente | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Maria Estelita Converso |
| Rio Claro | Instituto de Biociências | Sebastião Gobbi e Suraya Cristina Darido |
| Rio Claro | Instituto de Geociências e Ciências Exatas | José Humberto Barcelos e Claudio Antonio de Mauro |
| São José do Rio Preto | Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas | Eli Nazareth Bechara |
| São Paulo | Instituto de Artes | Eunice F. Vaz Yashiura |

O projeto ganha força no interior na UNESP fortalecendo as relações entre os docentes envolvidos na proposta os quais constituem um grupo de trabalho com o objetivo de troca de experiências e estudos sobre o tema do envelhecimento humano e o papel da UNATI na UNESP.

Em junho de 1999, com a crescente demanda já evidente nas várias Secretarias de Estado, é organizado pelo Governo do Estado de São Paulo – Secretaria do Governo e Gestão Estratégica – Secretaria do Governo e Gestão Estratégica o Encontro Técnico sobre o Idoso que teve como objetivos:

1. Dar a conhecer e discutir as ações governamentais relacionadas aos idosos relacionadas com os idosos, em desenvolvimento e/ou de possível realização;
2. Propiciar uma discussão sobre a integração entre ações das diferentes Secretarias de Estado em relação ao segmento. (DEG/Ofício nº 391/99-SEGGE, 08/06/1999, Gabinete do Secretário⁷).

⁷ Documento recebido via fax, em 16/06/1999, pelo Gabinete do Reitor da UNESP, Prof. Dr. Antonio Manoel dos Santos Silva, devendo a resposta ser enviada até 20/06/1999, diretamente a Secretaria de Governo e Gestão Estratégica, a/c do Ser. Armando Tadeu Martins – Palácio dos Bandeirantes, sala 138.

O documento recebido pelo Gabinete do Reitor da UNESP Prof. Dr. Antonio Manoel dos Santos Silva, foi encaminhado à PROEX para a devida resposta devendo informar as ações relacionadas aos idosos com o título do Programa/Projeto, os objetivos, a população atingida, o número de municípios atingidos, se haviam parceiros, quais seriam e em quais ações. Acrescido aos dados solicitou-se que a UNESP indicasse 3 representantes para participar do referido encontro. Solicitou-se à época que a servidora Wilma Cristina Militão encaminhasse os dados da PROEX-UNESP ao Gabinete reitoral para a resposta institucional.

As ações na UNESP⁸ estavam em pleno crescimento e se fazia necessário organizar o grupo com o propósito de ações integradas, foi constituído o Núcleo Central UNATI vinculado à Pró-Reitoria de Extensão Universitária passando a condição de Projeto Institucionalizado mediante a Portaria UNESP nº 191⁹, de 07 de maio de 2001 (SÃO PAULO, 2006) que baixa o Regimento do Núcleo UNESP- UNATI da Pró-Reitoria de Extensão Universitária. É importante apontarmos que apesar do Núcleo Central ter a responsabilidade da coordenação da UNATI nas diferentes Unidades Universitárias da UNESP, cada Núcleo Local manteve sua autonomia de ação recebendo o suporte e orientação necessárias.

Frente a essa demanda, mediante a Portaria UNESP Nº 350, de 07 de julho de 2003, que dispõe sobre a criação e definição dos Programas e Projetos vinculados à Pró-Reitoria de Extensão Universitária, a UNATI passa a compor o Programa UNESP de Integração Social e Comunitária (PISC)¹⁰ conforme especificado em seu Artigo 8º:

O Programa UNESP de Integração Social e Comunitária (PISC), tem por objetivo apoiar as atividades e iniciativas relevantes e facilitadoras da interação entre a UNESP e a comunidade. Abrange os seguintes projetos:

Comunidade Solidária (Alfabetização e Universidade Solidária Nacional e Regional);
Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI;
Educação de Jovens e Adultos – PEJA;
Centro de Ex-Alunos da UNESP – CEXAL;
Núcleo Negro da UNESP para Pesquisa e Extensão – NUPE;
Educação Corporativa de Servidores.

⁸ Os documentos encontram-se no Processo RUNESP Nº 856/50/4/2001.

⁹ Revogada pela Portaria Nº 148, de 05 de maio de 2006.

¹⁰ Processo nº 313/1990-RUNESP. DOE nº 126, de 08/07/2003, p.38.

Com a institucionalização do Projeto UNATI e o seu vínculo ao Programa UNESP de Integração Social e Comunitária (PISC), o Seminário UNATI-UNESP que anteriormente era realizado pelos Núcleos Locais da UNATI¹¹ fica sob responsabilidade da coordenação do Núcleo Central e é passa a ser realizado juntamente com o Congresso de Extensão Universitária da UNESP, espaço que congrega grande parte dos docentes, discentes e profissionais envolvidos com a extensão universitária.

Assim, o IV Seminário UNATI – A Inclusão do Idoso no Meio Acadêmico ocorreu no dia 22 de novembro de 2005, na cidade de Águas de Lindóia, juntamente ao 3º Congresso de Extensão Universitária da UNESP realizado no período de 22 a 24 de novembro de 2005. Durante esse período foi realizada a abertura da I Mostra Itinerante de Arte na UNATI/UNESP sob a curadoria do Instituto de Artes da UNESP. Essa exposição percorreu várias Unidades Universitárias nos anos de 2005 e 2006 (DEL-MASSO, 2009).

Em 16 de outubro de 2007 acontece o V Seminário UNATI – Políticas Públicas e Envelhecimento Humano, junto ao 4º Congresso de Extensão Universitária da UNESP que ocorreu de 16 a 18 de novembro em Águas de Lindóia. Em 12 de novembro de 2009 ocorreu o VI Seminário UNATI – Reflexões Sobre a Prática com Alunos Idosos junto ao 5º Congresso de Extensão Universitária da UNESP também em Águas de Lindóia e em 26 de novembro de 2011, o VII Seminário UNATI – Avaliações dos Núcleos Locais, junto ao 6º Congresso de Extensão Universitária da UNESP. Como resultado dessa avaliação, os coordenadores membros dos respectivos Núcleos Locais decidiram realizar o Seminário UNATI separadamente do Congresso de Extensão Universitária da UNESP evento que ocorrerá no ano de 2015.

A programação desenvolvida pelo Núcleo Central UNATI – UNESP abrange atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária distribuídas nos 21 Núcleos Locais, conforme Quadro 2, assumindo características específicas em cada uma das Unidades Universitárias.

Em 2012, por questões administrativas de espaço físico na Reitoria da UNESP, o Núcleo Local UNATI Reitoria se junta ao Núcleo Local UNATI Instituto de Artes passando a realizar todas as atividades no

¹¹ I Seminário da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNESP ocorreu na FFC - Marília – 1995, II Seminário da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNESP ocorreu na FFC - Marília – 1997 e o III Seminário da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNESP ocorreu no IB – Rio Claro – 2001.

campus da Barra Funda, na cidade de São Paulo. Apesar dessa junção, até esta data ainda são mantidas 2 coordenações que atuam harmonicamente no desenvolvimento de diferentes atividades voltadas aos idosos.

No final de 2014, a UNATI contava com 5.020 alunos, de ambos os gêneros com idade a partir dos 50 anos. Embora o Artigo 1º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2014) considere idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as diferentes UNATIs da UNESP atendem alunos idosos com idade inferior ao definido no documento devido a grande procura por atividades, pois visualizam na universidade o espaço adequado de renovação do conhecimento e socialização na universidade.

Quadro 2: Núcleos Locais UNATIs e respectivos alunos em 2014

| Núcleo Local | Unidade Universitária | Número de Alunos |
|-----------------------|--|-------------------------|
| Araçatuba | Faculdade de Odontologia e Veterinária | 16 |
| Araraquara | Faculdades de Odontologia e Ciências Farmacêuticas | 130 |
| Assis | Faculdade de Ciências e Letras | 785 |
| Bauru | Faculdades de Arquitetura, Artes e Comunicação. | 32 |
| Botucatu | Administração Geral ² | 0 ³ |
| Dracena | Campus Experimental de Dracena | 40 |
| Franca | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | 344 |
| Guaratinguetá | Faculdade de Engenharia | 246 |
| Ilha Solteira | Faculdade de Engenharia | 700 |
| Jaboticabal | Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária | 158 |
| Marília | Faculdade de Filosofia Ciências e Letras | 92 |
| Ourinhos | Campus Experimental de Ourinhos | 0 ⁴ |
| Presidente Prudente | Faculdade de Ciências e Tecnologia | 128 |
| Rio Claro | Instituto de Biociência | 650 |
| Rosana | Campus Experimental de Rosana | 87 |
| São José dos Campos | Instituto de Ciência e Tecnologia | 400 |
| São José do Rio Preto | Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas | 656 |
| São Paulo | Instituto de Artes e Reitoria | 173 |
| São Vicente | Campus Experimental do Litoral Paulista | 128 |
| Sorocaba | Campus Experimental de Sorocaba | 200 |
| Tupá | Campus Experimental de Tupá | 55 |
| TOTAL | | 5.020 |

Para completar a abrangência da proposta em todas as Unidades Universitárias da UNESP, os campus de Itapeva, Registro e São João da Boa Vista estão em processo de criação dos seus respectivos Núcleos Locais da UNATI.

As atividades realizadas em cada uma das UNATIs contam com a coordenação de um docente com suporte de um vice-coordenador, vinculados aos respectivos Núcleos Locais, com nomeação por Portaria do Reitor da UNESP e publicação no Diário Oficial do Estado, dados disponíveis no Portal da UNESP no endereço <http://www.unesp.br/terceiraidade>.

O foco central do projeto UNATI nessas Unidades Universitárias está pautado nas propostas elaboradas pela coordenação local a partir das informações obtidas junto aos alunos das UNATIs, dos alunos de graduação bolsistas de Iniciação Científica em Extensão Universitária da PROEX, da FAPESP, PIBIC/CNPq, PIBIC/Reitoria, alunos voluntários, pós-graduandos, pesquisadores docentes e servidores técnico-administrativos, como forma didática de co-participação e co-responsabilidade na elaboração e execução das diferentes atividades direcionada aos idosos numa perspectiva intergeracional.

Essas atividades das UNATIs envolvem a educação continuada através de palestras, ações culturais, esportivas e motivadoras; cursos temáticos com objetivo de estimular a atualização do conhecimento, a troca de experiências, volta ao convívio social e ao pleno exercício da cidadania, estimulando e capacitando os alunos às atividades socialmente produtivas, como também à frequência, na condição de aluno especial, em diferentes disciplinas dos cursos de graduação da UNESP, conforme disponibilidade e concordância do docente responsável pela disciplina. Alguns cursos desenvolvidos nas UNATIs são campos de estágio curricular supervisionado para alunos dos diferentes cursos de graduação da Universidade. Grande parte das pesquisas desenvolvidas tem como ênfase conhecer as mudanças ocorridas no interior da UNESP junto aos alunos das UNATIs, aos alunos dos cursos de graduação, de pós-graduação e ao corpo técnico-administrativo. Este projeto tem proporcionado à universidade uma nova maneira de conviver e entender as questões relacionadas ao envelhecimento humano.

Assim, a Extensão Universitária da UNESP deve ser entendida de modo a consolidar uma política interna que se concentre em ações voltadas para a inclusão social e a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, pois é em prol da formação acadêmica pautada nesses alicerces que a UNESP, sem dúvida, vem mantendo a qualidade de suas ações.

UNATI - CAMPUS DE MARÍLIA: RESGATE DE SUA HISTÓRIA

A proposta que começou a ser discutida em 1993 pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários da UNESP e respectivas Unidades Universitárias na discussão do Ofício Circular Nº 55/93- PROEX, que tratava do PROJETO SENIOR, possibilitou que a Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC), da UNESP – campus de Marília desse os primeiros passos para analisar como poderia executar essa ação.

Com o intuito de oferecer às pessoas que estão envelhecendo acesso à Universidade Pública na realização de sua responsabilidade social, a UNESP possibilitou o uso do espaço educacional e cultural para a ampliação de conhecimentos além da convivência intergeracional.

Nas discussões da proposta do PROJETO SENIOR e no amadurecimento dessa proposta, a FFC considerou que seria prudente, antes de receber os idosos no campus, desenvolver atividades para que a comunidade acadêmica fosse preparada acerca do convívio cotidiano com esses idosos no campus minimizando possíveis estigmas e rejeições quanto à vinda dessas pessoas para dentro da universidade. Assim, a CEUAC sugeriu a realização de um evento que trouxesse profissionais que já realizavam atividades com idosos para que pudessem sugerir os procedimentos iniciais no campus de Marília. Para a realização dessa atividade a CEUAC local indicou uma comissão responsável em organizar o “Seminário da Terceira Idade da UNESP”, que foi realizado no período de 25 a 27 de outubro de 1994 no Anfiteatro I, no campus universitário como estratégia para chamar a atenção da comunidade acadêmica, assim como a participação no evento. .

Os dados obtidos a partir deste Seminário foram importantes para a participação da FFC no Workshop PROJETO SENIOR, proposto pela Pró-reitoria de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários, reali-

zado no período de 22 a 24 de novembro de 1994, na cidade de Águas de Lindóia, já citado anteriormente.

No primeiro dia de atividade do Seminário da Terceira Idade da UNESP da FFC - Marília foi realizada Mesa-redonda com o tema Relato de Experiências de Grupos da Terceira Idade de Marília participando o representante do Centro Regional da LBA de Marília, o Presidente do Conselho Regional do Idoso de Marília, o Responsável pela disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina de Marília e Coordenador do Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso.

No segundo dia de evento a Mesa-redonda versou sobre Relato de Experiências de Universidades da Terceira Idade tendo um representante da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo – Campus de São Paulo e um representante da Reitoria da Universidade do Sagrado Coração de Jesus (USC) - Bauru, São Paulo, sendo, portanto uma experiência de Universidade Pública e Privada.

No último dia de evento a Mesa-redonda teve como tema Estigma do Idoso na Sociedade, tema debatido pelos Professores Maria Alves de Toledo Bruns, da Universidade de São Paulo – campus de Ribeirão Preto e Paulo Sales de Oliveira, da Universidade de Campinas – campus de Campinas.

Após a realização do evento, foi feito um levantamento de interesse junto aos docentes e funcionários da UNESP, campus de Marília, em formar um grupo voluntário para discussão dessa problemática e sugerir formas de atuação com a terceira idade. O grupo foi composto inicialmente pelos professores Maria Isabel Leme Faleiros, Vice-diretora da FFC e Presidente da CEUAC; Maria Cândida Soares Del-Masso e Sadao Omete , do Departamento de Educação Especial; Luciana Tavares Sebastião, Nadir Tassi e Viviane Galvão Vilani do Departamento de Fonoaudiologia; Martha dos Reis e Shirley Guaresi do Departamento de Didática; Leila Capellini , Assistente Social da Unamos, hoje Seção Técnica de Saúde e Ivanete Bellini Albaga, servidora Técnico-Administrativa lotada na Rede UNESP, órgão ligado à PROEX e atualmente extinto dos Programas dessa Pró-Reitoria.

A proposta inicial do grupo foi a de refletir a problemática que o idoso enfrentava ao se aposentar e como o meio sociocultural poderia

colaborar para que esse indivíduo mantivesse o seu padrão de atividade sem sentir-se excluído do contexto social e familiar. Assim, o grupo analisou diferentes propostas de projetos voltados a esse público, entre os quais o Projeto A Universidade e o Envelhecer e o Projeto de Implantação de Cursos voltados para as Pessoas maiores de 50 anos, ambos da PUCSP; A Universidade da 3^a Idade da PUCCAMP; Projeto Universidade da Terceira Idade da USC, Bauru e analisou, minuciosamente, o PROJETO SENIOR de modo a subsidiar as futuras ações para a FFC, Marília.

Inserida na problemática da integração do idoso na sociedade, a FFC estruturou a *Proposta de Implantação da Universidade Aberta à Terceira Idade*, com o objetivo de proporcionar condições para a integração social do participante mediante o convívio no meio universitário.

A Universidade Aberta à Terceira Idade da UNESP Marília iniciou oficialmente suas atividades no 1º semestre letivo de 1995, no prédio da UNESP localizado na Avenida Vicente Ferreira 1.278, denominado campus II, oferecendo 40 vagas para idosos com idade igual ou superior a 55 anos, de ambos os gêneros, com independência em locomoção até os locais das atividades, não exigindo nível de escolaridade. O período de inscrição ocorreu no período de 02 a 15 de março de 1995, no horário das 14h00 às 17h30, no prédio da UNESP da Avenida Vicente Ferreira, sendo requisito para a inscrição a apresentação de um documento que comprovasse a idade e 1 foto 3 X4 recente. A turma foi preenchida havendo, logo no início, desistência de 5 alunos. A primeira turma foi composta por 35 alunos sendo 31 do gênero feminino e 4 do gênero masculino com idade variando de 55 anos a 79 anos de idade. Desses 35 alunos, somente 4 participavam de outra atividade voltada à terceira idade. Um dado que chamou a atenção foi em relação ao nível de escolaridade dessa turma sendo que dos 35 alunos (100%), 24 alunos (68,56%) possuíam excelente escolarização: 12 alunos (34,28%) ensino técnico, científico ou normal e 12 alunos (34,28%) ensino superior. Cabe ressaltar que o ensino técnico, científico ou normal quando realizado por esses alunos equivalia ao atual nível superior. Esse grupo também participou da Avaliação Social realizada individualmente pela Assistente Social Leila Capellini, com o objetivo de traçar o perfil dos membros desse grupo e identificar possíveis necessidades sociais que poderiam sugerir dificuldade na participação das atividades da

UNATI. Os dados encontrados demostraram que o grupo tinha autonomia e não necessitava de qualquer tipo de auxílio para frequentar as diferentes atividades propostas pela UNATI.

A proposta inicial do grupo de trabalho da equipe da UNESP dirigida aos idosos foi o de realizar atividades, de segunda-feira à sexta-feira, no período vespertino, sendo obrigatória a frequência na atividade central realizada às quartas-feiras à tarde. Nesse momento também foi estipulado que a frequência deveria ser de no mínimo 70%.

A aula inaugural ocorreu no dia 19 de abril de 1995, às 14h30, no Anfiteatro II, ministrada pela Professora Doutora Maria Alves de Toledo Bruns, da USP – Ribeirão Preto, tendo como tema a Inserção do Idoso na Sociedade concomitantemente com a Aula Inaugural ocorreu exposição de livros realizada pela Livraria Canto das Letras, sediada no Campus Universitário I.

Na segunda semana de atividade foi realizada a integração grupal, coordenada pelo Professor Doutor Alexandre Mate, docente do Departamento de Didática, que propiciou que os idosos se conhecessem e sentissem o retorno ao meio universitário como forma de integração social. É interessante ressaltar que esta atividade deu inicio à Oficina de Teatro da UNATI ficando sob responsabilidade do docente nos anos de 1995. Em 1996, com a transferência do docente para o Instituto de Artes da UNESP / São Paulo, a Oficina passou a ser coordenada pelo Professor Mario Fernando Bolognesi com colaboração da voluntária Luciene Cristina Correa Ferreira, ligada ao Grupo de Teatro Amador de Marília. A partir de 1997 a Oficina de Teatro da UNATI passa a ser coordenada pela Professora Ana Paula Cordeiro, do Departamento de Didática da FFC que permanece até a presente data. Essa atividade é um exemplo bem sucedido de ação onde os próprios idosos criam os textos, desenham e organizam o cenário, encenam as peças sem a necessidade do famoso “ponto” para lembrar algum texto esquecido. Isso leva a um comprometimento do grupo que se organizam para transpor a falha que na maioria das vezes não é percebida pelo público e entendida como parte da peça. A Oficina de Teatro foi analisada academicamente e resultou na tese de doutorado defendida em 2003, pela Professora Ana Paula Cordeiro, tendo como título Oficinas de Teatro da UNATI (Universidade Aberta à 3a Idade) - UNESP

de Marília: a arte e o lúdico como elementos libertadores dos processos de criação da pessoa idosa.

As demais atividades envolveram palestras as quartas-feiras no horário das 14h30 às 16h30 sobre diferentes temas, além de cursos com duração de 10 semanas com a duração de 20h. Os primeiros cursos foram: Noções sobre o corpo humano I – o processo evolutivo, ministrado por docente do Departamento de Fonaudiologia e Marília – Primeiras Décadas, ministrado por um docente do Departamento de Didática e o Coral.

A proposta inicial apresentada aos alunos consistia de 2 anos de atividade junto a UNATI. No decorrer do segundo ano de atividades os alunos manifestaram interesse em continuar na UNATI, mesmo após os 2 anos propostos. O resultado sugeriu a realização de Ciclos com duração de 2 anos cada um, sendo Ciclo I, II e Avançado, o que também não se efetivou devido ao interesse dos alunos em continuarem a frequentar a UNATI. A reação dos alunos demonstrou o quanto o espaço acadêmico era importante para eles e para a sua autoestima, sentindo-se ativos e participantes do meio social.

Após 2 anos de atividades, foi proposta a realização do II Seminário da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNESP no período de 19 a 21 de agosto de 1997, contando com a participação dos representantes dos diferentes campus da UNESP que desenvolviam atividades com idosos com o objetivo de analisar e refletir a prática realizada nas diferentes Unidades Universitárias e elaborar diretrizes para ações futuras.

A abertura oficial do evento ocorreu na noite do dia 19 de agosto e contou com a participação do Professor Doutor Edmundo José Lucca, então Pró-Reitor de Extensão Universitária e Assuntos Comunitários da UNESP, e Professores Antonio Geraldo de Aguiar, Diretor da FFC e Maria Cândida Soares Del-Masso – Coordenadora da UNATI - Marília, que abordaram a importância da Universidade Aberta à Terceira Idade na . Em seguida ocorreu a Conferência de Abertura sob a responsabilidade do Professor Doutor Claudio Garcia Pintos, da Universidade Católica Argentina que abordou o tema Reflexões à luz de vela: pode um idoso oferecer algo valioso à sociedade? (SEMINÁRIO, 1997).

Na manhã do segundo dia de evento ocorreu a Mesa-redonda com o tema *O Papel do Idoso na Sociedade Moderna* contando com a participação dos Professores Claudio Garcia Pintos, da Universidade Católica Argentina, Maria Alves de Toledo Bruns, da USP/Ribeirão Preto e Zally Pinto Vasconcelos de Queiroz, da Universidade São Camilo / São Paulo.

Na manhã do último dia do evento foi realizada a Mesa-Redonda denominada Avaliação da experiência da Universidade Aberta à Terceira Idade na UNESP que contou com a participação de representantes das Unidades Universitárias que realizavam ações voltadas a esse grupo etário.

Durante o evento ocorreram atividades culturais, particularmente realizadas por alunos da UNATI. Na noite do dia 20 de agosto, no Teatro Municipal de Marília, aconteceu a apresentação da Peça de Teatro encenada pelos alunos da UNATI intitulada *Não é proibido sonhar*, um sucesso, seguida da apresentação do Quinteto de Metais da UNESP. No período de 19 a 21 de agosto, ocorreu a Exposição de Fotografias de Rosa de Toledo Cesar e Exposição de Telas de Eny Lara Nogueira, alunas da UNATI - Marília.

Como parte da programação do evento, subdividiu-se os grupos de trabalho subdivididos por categorias sendo que cada grupo deveria responder a um questionamento para apresentação em plenária. Foram formados dois Grupos de Trabalho composto por profissionais cabendo a cada um os temas: 1) Universidade Aberta à Terceira Idade: Assistencialismo ou Extensão? Propostas para operacionalização de atividades e 2) Integração da Universidade Aberta à Terceira Idade com o ensino e a pesquisa. Os outros dois grupos foram formados por alunos da UNATI, de graduação, de pós-graduação e outros interessados que discutiram os temas: 1) Propostas para a integração dos alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade com os alunos dos Cursos de Graduação e 2) Propostas de trabalho que os alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade poderiam realizar junto à Universidade. Os resultados foram amplamente discutidos em plenária, com sugestões exequíveis, sugerindo-se que o relatório final fosse encaminhado à Reitoria e às Pró-Reitorias da UNESP como proposta pra desdobramentos futuros. Ao final deliberou-se pela elaboração do Documento de Marília, documento que traçou diretrizes de ação para os diferentes projetos realizados na UNESP e que acompanharia o relatório enviado aos

diferentes setores da Universidade. Por se tratar de documento norteador de ações, o Documento de Marília encontra-se no Anexo I deste texto.

O III Seminário da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNESP ocorreu nos dias 12 e 13 de novembro de 2001, no Instituto de Biociências da UNESP, campus de Rio Claro, cuja coordenação do evento ficou a cargo da UNATI de Rio Claro com o objetivo de descentralizar a ação e possibilitar que outras Unidades Universitárias organizassem e recebessem o evento.

Nesta terceira versão, o evento teve como temática *A UNESP Desvelando as Questões do Envelhecimento* no qual proferimos a palestra que teve como tema A UNATI na UNESP: o ensino, a pesquisa e a extensão universitária – onde estamos, para onde queremos ir, com o intuito de mostrar aos presentes a importância desse projeto para as três dimensões da Universidade, além de ser ação que demonstra claramente a responsabilidade social da UNESP em abrir espaço para receber esses idosos, muitas vezes excluídos do grupo social e até mesmo do grupo familiar.

Ao final do evento foi elaborada a Carta de Rio Claro, que se encontra no Anexo II deste texto, com o objetivo de traçar princípios e diretrizes gerais de ações voltadas à terceira idade na UNESP.

Com a institucionalização do Projeto da UNATI em 2001, os Seminários UNATI – UNESP ficaram sob a responsabilidade do Núcleo Central da UNATI – UNESP, sendo realizados juntamente aos Congressos de Extensão Universitária da UNESP.

Para que a UNATI de Marília não deixasse de realizar ações acadêmicas locais junto ao projeto, realizou-se nos dias 17 e 18 de novembro de 1999 a I Jornada da UNATI com o tema Ano Internacional do Idoso. A II Jornada da UNATI ocorreu no dia 19 de maio de 2005 e teve como tema *O Processo de Envelhecimento Humano na Perspectiva Fenomenológica*. Em 24 de novembro de 2010 ocorreu a III Jornada da UNATI: 15 anos de um Projeto Inovador que analisou a trajetória percorrida até essa data, os avanços, as dificuldades e os novos caminhos a seguir.

A partir de 2011 a coordenação da UNATI – Núcleo Local de Marília ficou sob a responsabilidade do professor Edvaldo Soares e a partir de 2012 passa a ser coordenada pela professora Gilsenir Maria Prevelato de

Almeida Dátilo, docentes do Departamento de Psicologia da Educação da FFC, campus de Marília.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar da UNATI no contexto da UNESP é algo que nos remeteu à uma reflexão desses 22 anos de atividades para e com a pessoa que está em processo de envelhecimento, processo algumas vezes aceito, mas na maioria das situações cercado de medo, angústia, desconhecimento, estigma, falta de compreensão e de aceitação pelos diferentes grupos sociais e muitas vezes pela própria família.

Apesar de todo o avanço da medicina e das condições de saúde e vida neste novo século, o envelhecimento humano ainda se reveste de mistérios. Ainda há muito que conhecer, muito que construir, muito que socializar e muito que dividir. É nesse dividir que está a importância da Universidade ao socializar e estender o conhecimento adquirido na academia em benefício desse grupo de idosos que apesar da vasta idade, ainda tem sonhos, alegrias e muito a compartilhar e ensinar.

Nosso objetivo neste texto foi o de resgatar o histórico da inserção do idoso na Universidade e a criação da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) junto à Pró-reitoria de Extensão Universitária apresentando as ações da UNATI e situando as diferentes atividades de modo a concretizar na UNESP os estudos acerca do envelhecimento humano e da compreensão do papel que o idoso ocupa no meio acadêmico e sociocultural. Tivemos o cuidado também de resgatar dois documentos norteadores das ações da UNATI na UNESP: o Documento de Marília, de 1997 (Anexo I), e a Carta de Rio Claro. De 2001 (Anexo II).

Ao longo desses mais de 22 anos a UNESP se destaca na ação voltada ao idoso e ao seu convívio intergeracional integrando todos os Núcleos Locais, suas respectivas experiências e o meio social. No interior de cada Unidade Universitária da UNESP este projeto teve e tem papel fundamental não só por abrir espaço para a participação do idoso em diferentes atividades acadêmicas e a respectiva relação com discentes, docentes e funcionários, mas por possibilitar aos idosos espaço para convívio social e discussões acerca do envelhecimento humano, o papel do idoso na sociedade, a quebra de

mitos, tabus e estigma frente a um novo paradigma de envelhecimento que busca a visão positiva para o envelhecimento humano ativo.

Para encerrarmos retomamos as reflexões de Norberto Bobbio que ao longo de sua experiência dizia “a vida não pode ser pensada sem a morte. Levar a vida a sério significa aceitar a própria finitude” (BOBBIO, 1997). Assim, antes que a finitude chegue... Deve-se levar a vida... Bem vivida! Com sonhos e muito a compartilhar fazendo do espaço da Universidade local para novos desafios!

REFERÊNCIAS

- BOBBIO, N. *O tempo da Memória: de senectude e outros escritos biográficos.* Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto-lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. DOU de 05/01/1994 Alterada pela Lei nº 10.741, de 1º/10/2003 - DOU de 03/10/2003 (Estatuto do Idoso). Dispõe sobre a política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-norma-pl.html>>. Acesso em: 21 nov. 2014.
- DEL-MASSO, M.C.S. *Relatório Anual de Atividades do Núcleo Central UNATI – UNESP – PROEX*, 2009. 70p. (Documento restrito)
- DEL-MASSO, M.C.S.; BROENS, M.C. Plasticidade cerebral, deficiência mental e auto-organização. In: GONZALEZ, M.E.Q.; DEL-MASSO, M.C.S.; PIQUEIRA, J.R.C. *Encontro com as Ciências Cognitivas*. Marília: Unesp-Marília- Publicações / São Paulo: Cultura Acadêmica, 2001. v. 3, p. 329-339.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Em 2012, esperança de vida ao nascer era de 74,6 anos.* 2013. Disponível em: <<http://sa-ladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2528>>. Acesso em: 09 dez. 2014.
- MEIRELES, C. *Obra em prosa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998. v. 1, p. 366.
- SÃO PAULO (Estado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP. *Portaria UNESP nº 191*, de 07 de maio de 2001, revogada pela Portaria 148, de 05 de maio de 2006. *Baixa o Regimento do Núcleo UNESP-UNATI da Pró-Reitoria de Extensão Universitária*. Disponível em: <<http://www.unesp.br/gid/>>. Acesso em: 21 nov. 2014.
- SEMINÁRIO DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE DA UNESP, II, 1997, Marília/SP. *Anais...* Marília: UNESP, 1997. 74p.

ANEXO I

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE MARÍLIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
UNIVERSIDADE ABERTA À 3^A IDADE

II SEMINÁRIO DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE DA UNESP

“DOCUMENTO DE MARÍLIA”

Nos dias 19, 20 e 21 de Agosto de 1997 foi realizado o II Seminário da Universidade Aberta à 3^a Idade da UNESP – Campus de Marília, que teve como objetivo refletir a questão da integração social do idoso e a sua participação no meio universitário.

Para atingir o objetivo acima especificado, foi realizada uma mesa redonda para conhecer as experiências da Universidade Aberta à 3^a Idade nas diferentes unidades da UNESP. Participaram dessa mesa apresentando um perfil do trabalho que vem sendo desenvolvido as unidades de Assis, Guaratinguetá, São Paulo e Marília. Essas informações subsidiaram as discussões dos temas propostos ao grupo de profissionais e ao grupo de alunos da graduação, pós-graduação e 3^a idade acerca da problemática que envolve as atividades realizadas com os idosos nas unidades universitárias. Ao final do evento, as reflexões foram apresentadas em plenária e foi elaborado um relatório intitulado **DOCUMENTO DE MARÍLIA**, que aponta as sugestões que se espera sejam acatadas pela universidade.

TEMAS PARA DISCUSSÃO - GRUPO DE PROFISSIONAIS

1 - UNIVERSIDADE ABERTA À 3^A IDADE: ASSISTENCIALISMO OU EXTENSÃO? PROPOSTAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DE ATIVIDADES.

Extensão: justificada pela própria proposta do sentir e agir numa dimensão de educação permanente.

(A linha assistencialista está mais ligada à prestação direta de atendimentos. Cada unidade tem a sua identidade).

PROPOSTAS:

- Universidade Aberta à 3^a Idade envolvendo o aluno idoso no processo de sua instalação e funcionamento;
- Levantamento de expectativas - ouvir a população alvo;
- Montagem de projetos que envolvam:
 - associação do saber de encontro com os interesses da clientela;
 - calor humano nas inter-relações universitárias;
- trabalhar as questões de direitos e conquistas obtidas;
- Sensibilizar a clientela quanto à procura da Universidade Aberta à 3^a Idade para complementar satisfação de interesses e de crescimento pessoal;

- Espaços permanentes de informações, orientações para profissionais saberem como utilizá-los;
- Infraestrutura promovida pela Universidade e pelas Unidades.

2 - INTEGRAÇÃO DA UNIVERSIDADE ABERTA À 3^a IDADE COM O ENSINO E PESQUISA.

PROPOSTAS:

- Estimular o aluno da Universidade Aberta à 3^a Idade a prosseguir ajudando com a transmissão de seus conhecimentos; vivências para maior integração em programas junto a realidades sociais de acordo com a identidade de cada Unidade;
- Integração dos alunos na operacionalização de pesquisas: trabalho de campo, tabulação de dados, etc.;
- Orientadores da UNESP - abrir maior espaço (docentes);
- Disciplinas dos cursos de graduação incluem conhecimentos sobre a questão da velhice, da terceira idade;
- Comissão de alunos da Universidade Aberta à 3^a Idade oferecer depoimentos, subsídios a grupos de convivência e outros interessados para divulgar essa vivência pessoal, ou seja, significado da Universidade Aberta à 3^a Idade e garantia do espaço conquistado;

TEMAS PARA DISCUSSÃO - GRUPO DE ALUNOS

1 - PROPOSTAS DE INTEGRAÇÃO DOS ALUNOS DA UNIVERSIDADE ABERTA À 3^a IDADE COM OS ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO.

PROPOSTAS:

- Os alunos do Curso de Graduação deveriam participar das atividades da Universidade Aberta à 3^a Idade - cursos; palestras; passeios; etc.
- Cursos: deve haver a oferta de vagas para os alunos da 3^a Idade e da Graduação;
- Alunos da Graduação poderiam trabalhar com a UNATI no oferecimento de cursos, oficinas de teatro e outros;
- Realizar visitas e passeios às indústrias locais juntamente com os alunos da graduação.

2 - PROPOSTAS DE TRABALHO QUE OS ALUNOS DA UNIVERSIDADE ABERTA À 3^a IDADE PODEM REALIZAR JUNTO À UNIVERSIDADE.

PROPOSTAS:

- Prestar assessoria à secretaria da UNATI;
- Aumentar a participação no grupo de leitores;
- Formar um grupo de contadores de história para crianças (poderiam atuar junto ao CCI da UNESP);
- Assumir com maior responsabilidade os compromissos da UNATI (cursos, palestras, etc.);
- Divulgar o trabalho da UNATI junto às Redes Municipal e Estadual de Educação de 1º e 2º graus, visando a conscientização das crianças e jovens sobre a questão: - o que é envelhecer e desenvolvendo a proposta “Vamos nos Mostrar”;
- Participar ativamente do Venha nos conhecer da UNESP;
- Participar da semana de calouros;

- Multiplicar os conhecimentos adquiridos na UNATI através de cursos e palestras junto a outros grupos da Terceira Idade existentes na cidade;
- Universidade deve apontar as suas necessidades para que os alunos da UNATI possam colaborar;
- Promover palestras sobre problemas existentes na cidade: água, trânsito, etc.

PLENÁRIA

Apresentação dos relatos dos grupos de trabalho acrescido dos seguintes pontos:

- Encaminhar as propostas dos grupos para a Reitoria e Pró-Reitorias da UNESP;
- Divulgar as atividades desenvolvidas pela UNATI à comunidade acadêmica das diferentes unidades da UNESP;
- Inserir uma disciplina no curso de graduação a respeito da Psicologia do Envelhecimento;
- Implantar uma mala direta para os alunos da Terceira Idade das diferentes unidades universitárias da UNESP;
- Solicitar que a PROEX encaminhe esse documento às todas as unidades universitárias da UNESP, independente de realizarem trabalhos com a Terceira Idade;
- Solicitar que a PROEX realize um levantamento de interesse junto às unidades universitárias para sediar o III Seminário da Universidade Aberta à 3^a Idade da UNESP, a ser realizado em 1999, como também a sugestão do tema para o próximo seminário;
- Solicitar que a PROEX realize reuniões periódicas com os responsáveis pelos projetos da UNATI, para discussão, reflexão e troca de experiência entre as unidades acadêmicas;
- Favorecer o intercâmbio entre os profissionais das diferentes unidades da UNESP, que tenham interesse em oferecer palestras e cursos para o Projeto da UNATI.

Agosto, 1997.

ANEXO II

Rio Claro, 13 de novembro de 2001

CARTA DE RIO CLARO

RIO CLARO, 13 DE NOVEMBRO DE 2001

CARTA DE RIO CLARO

O presente documento é resultante do III Seminário UNESP-UNATI, que teve como tema “A UNESP desvelando as questões do envelhecimento”, promovido pelo Núcleo UNESP-UNATI/PROEX, realizado no Câmpus de Rio Claro, nos dias 12 e 13 de novembro de 2001, no qual se fizeram presentes representantes de 11 Câmpus da UNESP além de outras Universidades públicas e privadas, bem como de órgãos governamentais ligados ao tema.

Dos vários aspectos discutidos no evento, surgiram as seguintes deliberações e propostas para nortear as ações da Universidade, incluindo temas a serem abordados no próximo Seminário, e do poder público em relação ao processo de envelhecimento e à população idosa:

1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DE AÇÕES VOLTADAS À TERCEIRA IDADE

- As atividades de ensino, pesquisa e extensão devem estar integradas e em consonância com a gestão universitária, sendo que a extensão deve prover a articulação entre o ensino e a pesquisa;
- Dada a unicidade do processo de envelhecimento, a interdisciplinaridade deve ser buscada em todas as ações;
- Participação do idoso na definição dos objetivos, metodologia, implementação e avaliação das ações de ensino, pesquisa e extensão voltadas para este segmento populacional;
- Procurar mecanismos que minorem o efeito de corte da idade cronológica para inclusão nas ações destinadas ao idoso;
- Evitar a elitização da população beneficiada buscando incluir os diferentes extratos sociais (renda, escolaridade; local de moradia);
- Que a Universidade e o Poder Público não se eximam de suas responsabilidades em relação a este segmento populacional, transformando-se em meros fornecedores de espaço físico, incluindo uma ampla discussão sobre a questão do voluntariado;
- Busca continuada de ações integradas envolvendo a Universidade, o Poder Público e Organizações não Governamentais;
- Busca de programas inter-geracionais (ação conjunta com outras faixas etárias).

2 RECOMENDAÇÕES PARTICULARES EM RELAÇÃO AO ENSINO

2.1. FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS VOLTADOS PARA O TRABALHO COM A TERCEIRA IDADE.

- Implementação de cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) em Gerontologia;
- Inclusão de disciplinas específicas ao processo de envelhecimento nos diversos cursos de graduação e pós-graduação;
- Inclusão de conteúdos sobre o processo de envelhecimento em disciplinas já existentes;
- Aprofundar discussões sobre a implantação de um Curso de Graduação em Gerontologia, com perfil do egresso principalmente para coordenação de equipes multidisciplinares.

2.2. ENSINO VOLTADO PARA O IDOSO COMO ALUNO

- Desenvolver metodologias que contemplam o ensino com o aluno, tendo como pressuposto o processo histórico de vida do aluno, respeitando e aproveitando a experiência acumulada;
- Desenvolver mecanismos de acesso do idoso às disciplinas de graduação e pós-graduação, conforme o caso;
- Diversificar o oferecimento de cursos especificamente destinados ao idoso.

3. RECOMENDAÇÕES PARTICULARES EM RELAÇÃO À PESQUISA

- Levantamento que propicie a caracterização dos temas e áreas de pesquisas que estão sendo desenvolvidas, com o objetivo de estimular áreas ainda incipientes no estudo do processo de envelhecimento;
- Inclusão do idoso não apenas como “sujeito”, mas como colaborador na equipe produtora do conhecimento sobre o processo de envelhecimento;
- Desenvolvimento do projeto Data UNESP-UNATI, disponibilizando informações sobre pesquisadores, produção científica, características dos usuários e projetos em andamento;
- Divulgação dos resultados das pesquisas, em especial, para a população idosa, órgãos governamentais e não governamentais responsáveis pelas ações voltadas para a terceira idade;
- Disponibilização dos estudos na página eletrônica da PROEX;
- Estudar viabilidade de ser criada uma revista científica voltada para a divulgação dos estudos gerontológicos;
- Desenvolver critérios para recrutar sujeitos de pesquisa nas UNATIs;
- Fazer gestões junto aos órgãos de fomento no sentido de criação de uma área de conhecimento denominada Gerontologia, com comitê de avaliação próprio.

4. RECOMENDAÇÕES PARTICULARES EM RELAÇÃO À EXTENSÃO

- Desvincular a extensão do mero assistencialismo;
- Ação interativa entre Universidade e demanda da sociedade;
- Não deve apenas se restringir ao idoso, mas também aos órgãos, governamentais ou não, responsáveis por ações junto à população de terceira idade.

5. RECOMENDAÇÕES PARTICULARES EM RELAÇÃO AO PODER PÚBLICO

- Criação ou ampliação de oportunidades de estágio para alunos de graduação, nos setores que desenvolvam ações voltadas à terceira idade;
- Inclusão de cargos com preenchimento exclusivo ou preferencial para profissionais com formação em gerontologia ou áreas afins;
- Inclusão de conteúdos específicos, com respectiva bibliografia, sobre o processo de envelhecimento nos concursos públicos para todos os cargos ou funções;
- Colocar em prática, nas três esferas de governo, o contemplado nas Políticas e Planos, dando ampla divulgação dos direitos assegurados e ações desenvolvidas;
- Levantamento e análise das ações que atualmente estão sendo desenvolvidas;
- Implementação de programas de atenção ao seu próprio quadro de servidores de terceira idade ativos, aposentados e pensionistas.

ENVELHECIMENTO E SER IDOSO : REPRESENTAÇÕES DE IDOSOS QUE FREQUENTAM A UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE UNATI- MARÍLIA

Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

Alessandra de Moraes

Mychelly Rive de Souza

Douglas de MeloJustino da Silva

Junia Veloso da Silva

Gabriela Maria Braz

INTRODUÇÃO

O que é velhice? O que os idosos pensam da velhice? O envelhecimento populacional atualmente é um fenômeno universal, tanto em países desenvolvidos como em emergentes como o Brasil e, para tal, tem recebido especial atenção no que diz respeito a políticas que viabilizem não só que as pessoas vivam mais anos, mas que esses sejam de qualidade de vida no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais.

Em todo mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido mais que o de qualquer outra faixa etária. Estima-se que em 2025 haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, e o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O Brasil até pouco tempo atrás era considerado um país de jovens, entretanto encontra-se atualmente em um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, alterando seu perfil demográfico,

fato que representa um desafio para o século XXI e uma maior reflexão sobre o tema.

Segundo dados do IBGE (2010), o Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. A vida média do brasileiro chegará ao patamar de 81,29 anos em 2050 o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60), graças aos avanços da Medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população. É importante lembrarmos que em 1940 a expectativa de vida do brasileiro ao nascer era de 45,5 anos de idade e em 2008 chegou a 72,7 anos, ou seja um aumento de 27,2 anos de vida.

Prata et al. (2011) alertam que nos próximos 40 anos, o Brasil passará a ter mais pessoas acima de 60 anos do que jovens com menos de 20 anos; em 2015 teremos em torno de 32 milhões de pessoas na faixa etária que hoje a Lei 8.842 do Senado Federal Brasileiro (BRASIL, 1996) categoriza como “idoso”. Segundo os autores Prata et al. (2011), as demandas advindas desses números geram uma nova realidade, inquietam e devem ser prioritárias, uma vez que não basta apenas viver mais tempo, o desafio é no sentido de dar, a cada ano conquistado, melhores condições de enfrentar o envelhecimento e a velhice de forma autônoma e independente.

Segundo Beauvoir (1990, p. 114) foi escrito em 2.500 A.C., no Egito, o primeiro texto dedicado à velhice, de autoria de Ptah-Hotep, filósofo e poeta:

Como é penoso o fim de um velho. Ele se enfraquece a cada dia, sua vista cansa, seus ouvidos tornam-se surdos, sua força declina; seu coração não tem mais repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas facilidades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar-se hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causaram prazer só se realizam com dificuldade, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir um homem.

Ao longo da história da humanidade o idoso tem sido alvo de diferentes posturas por parte das sociedades, ora sendo valorizado e acolhido,

ora sendo menosprezado e rechaçado. Em Esparta, os idosos integravam o que hoje chamaríamos o Conselho Diretor com funções de planejamento, administrativas e jurídicas. Entre os itálicos encontramos a aposentadoria privilégio daqueles que “envelheciam no serviço” (ASSUNÇÃO FILHO, 1990). Entre os judeus, o jubileu, sinal maior de respeito e reconhecimento a uma vida de trabalho.

As sociedades orientais valorizam o envelhecimento como algo sagrado, visto que neste contexto o idoso é aquele que acumulou sabedoria e conhecimento ao longo da vida, portanto o envelhecimento é tratado com respeito e adoração (DÁTILO, Horiguela, 2007, p.147).

Na tradição japonesa, que vigora até hoje em alguns grupos de imigrantes no Brasil, cabe ao filho mais velho amparar os pais idosos. Isso faz da nora uma figura central nas relações que se definem mais como dever do que de reciprocidade ou escolha. Entre os sherpas do Nepal, o filho mais jovem deve permanecer na casa paterna para cuidar dos pais e, por isso, tem direito ao dobro da herança dos outros irmãos.

No entanto na sociedade ocidental acontece o contrário, o idoso passa por situações de maus tratos e exclusão porque grande parte da população os considera improdutivos (LOPES, 2012).

A História revela-nos que o envelhecimento na cultura ocidental sempre foi, em maior ou menor grau, representado prioritariamente de modo negativo, estando a ele vinculadas ideias de decadência, sujeira, cegueira, pobreza, iminência de morte. Mesmo quando pessoas mais velhas possuíam algum prestígio, era devido muito *mais a sua posição social e econômica do que ao fato de serem pessoas idosas.* (TRINDADE; BRUNS, 2007, p. 40.)

Beauvoir (1990) assinala que o prestígio da velhice diminuiu muito pelo descrédito da noção de experiência. A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumule, mas sim que diminua ou pereça. A autora enfatiza que para a sociedade atual os melhores valores sempre estão associados à juventude.

Bosi (1994, p. 25) também afirmava:

A sociedade industrial é maléfica à velhice, pois nela todo sentimento de continuidade é destroçado, o pai sabe que o filho não continuará sua obra e que o neto nem mesmo dela terá notícia. Destruirão amanhã o que construirmos hoje.

Percebe-se que o idoso, dependendo da época, da cultura, das políticas públicas, contexto social, mesmo que já tenha exercido diferentes papéis, nem sempre tem recebido o respeito e o valor adequados (UCHOA, 2006; BORGES, 2005; ARAUJO, COUTINHO, SANTOS, 2006; NERI, 2001).

Araujo, Coutinho e Santos (2006) referem que até o século XIX, a velhice era tratada como uma questão de mendicância, porque esta representava a não possibilidade de uma pessoa assegurar-se economicamente, deste modo a noção de velho remete à incapacidade de produzir e trabalhar. Segundo os autores a nomenclatura *idoso* surge para demonstrar uma visão menos estereotipada da velhice, assim como encontramos os termos *melhor idade, anos dourados*.

Conforme o ciclo vital se prolonga, segundo Neri (2001), Schimidt e Silva (2012) a heterogeneidade entre os idosos aumenta, o que significa na prática que o pesquisador não deve trabalhar como se essa categoria fosse homogênea. O gênero, a classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, história passada e contexto sócio-histórico são elementos importantes que se mesclam com a idade cronológica para determinar diferenças entre os idosos, dos 60 aos 100 anos.

Na heterogeneidade da população idosa brasileira segundo Camarano et al. (2004) há pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade. Trata-se de uma população que envelhece rapidamente e de forma diferenciada, em um contexto de grandes e profundas transformações sociais e também nos arranjos familiares. As autoras afirmam que além do envelhecimento populacional, ocorrem atualmente, duas outras tendências; os idosos estão vivendo mais e com melhores condições econômicas e de saúde e os jovens estão saindo da casa dos pais mais tarde. Deste modo o tempo que os filhos passam dependendo dos pais financeiramente tem aumentado. As autoras justificam este fato

devido à instabilidade do mercado de trabalho, a um tempo maior gasto na formação escolar e também à menor estabilidade nas relações afetivas.

Acreditamos ser de extrema importância o estudo do envelhecimento humano, visto que segundo Jacob Filho (2009) o número de pessoas com mais de sessenta anos tem aumentado significativamente, fruto da queda nos índices de natalidade e fecundidade nos últimos anos, além do aumento da expectativa de vida decorrente, dentre outros fatores, devido aos avanços registrados na área do saneamento e na saúde.

O envelhecimento nos países da Europa e da América do Norte teve maior evidência no século XIX e primeira metade do século XX. Nos países emergentes esse é um processo mais recente tendo como marco a segunda metade do século XX. Segundo Vieira e Del-Masso (2012) apenas a África vem fugindo a esse padrão, em virtude da grande mortalidade pela AIDS.

Santos (2000) acredita que mesmo sendo o critério cronológico o mais utilizado, ele não é um dos mais precisos no que tange ao conceito de envelhecimento, visto que o envelhecimento biológico com sua progressiva transformação do corpo, originária de um desgaste do organismo, difere não apenas de espécie para espécie, mas também de um ser humano para outro. Beauvoir (1990) em seu livro “A velhice” já afirma que a velhice traz um destino singular para cada indivíduo.

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) em seus estudos confirmaram a heterogeneidade e multidimensionalidade no envelhecimento apregoados pela teoria do curso de vida, visto que observaram variabilidade nas definições pelos idosos, sendo várias as dimensões enfatizadas para a obtenção de um processo saudável de envelhecimento, tais como as dimensões física; social; emocional; econômica; cognitiva dentre outras.

A maioria dos gerontologistas segundo Carvalho Filho e Alencar (2004) define o envelhecimento como a redução da capacidade de sobrevivência. Segundo esses autores o envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo onde ocorrem mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que levam a progressiva perda da capacidade de adaptação do individuo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Segundo Saldanha, Araujo e Felix (2006) no Brasil existem pesquisas que mostram como os próprios idosos concebem o envelhecimento humano muitas vezes, a partir das perdas, representando um processo com visão desfavorável, estereotipada e preconceituosa.

Neri (1993) aponta ser o desconhecimento do que significa ser velho que leva a práticas com focos ideológicos preconceituosos que contribuem para a manutenção e a propagação de mitos e estereótipos negativos.

A velhice é uma fase do desenvolvimento humano que, como tal, merece toda atenção e dedicação de estudiosos, geriatras, dos gerontólogos, das famílias, do Estado através do planejamento de políticas públicas para a velhice no sentido também de estimularem a mudança de mentalidade em relação ao idoso, afinal é uma situação que todos que não morrerem jovens viverão. (ARAUJO; COUTINHO; SANTOS, 2006; SCHOUERI JUNIOR; RAMOS; PAPALÉO NETTO, 2004).

Schimidt e Silva (2012) relatam que a visão que se possui de alguém ou de algo, no caso do idoso e também do envelhecimento, interfere na maneira pela qual nos relacionamos nesse binômio (profissional-idoso), de modo que precisamos nos observar e refletir o que pensamos sobre o idoso e como agimos com ele no dia-a-dia.

A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DAS UNIVERSIDADES ABERTAS DA TERCEIRA IDADE

A partir da década de 1960, observou-se a criação de espaços voltados exclusivamente para a reunião de pessoas idosas, como os grupos de convivência, as associações de aposentados, as escolas abertas e as universidades da terceira idade. O elemento fundamental na reunião dos participantes nesses programas é a idade cronológica, que define tanto a reunião quanto as práticas desenvolvidas (DEBERT, 1999).

Segundo Debert (1999) é necessário a abertura de espaços para que diversas experiências de envelhecimento bem sucedidas possam ser vividas coletivamente, como por exemplo, nas universidades da terceira idade, grupos de convivência de idosos entre outros.

A reunião de pessoas idosas aumenta as possibilidades de manutenção de uma vida social ativa para o idoso, o que é fundamental para o bem-estar físico e psicológico.

Costa, J., Costa, A. e Gobbi (2012) acreditam que a universidade por meio do ensino, pesquisa e extensão possuem um papel importante no processo de envelhecimento da sociedade em consonância com a legislação da área, no caso a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso (BRASIL, 1996).

A criação da Universidade da Terceira da Idade é uma das formas de inserir a população idosa na universidade. As Universidades da Terceira Idade destacam-se como programas de educação permanente de caráter universitário e multidisciplinar, que têm como pressuposto a noção de que a atividade promove a saúde, o bem-estar psicológico e social e a cidadania das pessoas idosas (CACHIONI, 2005).

Finato (2003) em sua tese de doutorado coloca que devido ao aumento da população idosa, na década de 70 surgiu o movimento das universidades abertas da terceira idade – as UTAS. A primeira universidade da terceira idade foi fundada em Toulouse na França em 1973 pelo professor de Direito Internacional Pierre Vellas, da Universidade de Ciências Sociais. O objetivo era tirar o idoso do isolamento dando-lhes saúde, energia e interesse pela vida, mudando sua visão perante a sociedade.

A criação da UTA teve também objetivos que incluíam: a) permitir às pessoas idosas que fossem atores nas decisões sobre problemas pessoais e coletivos, dando-lhes alternativa para melhorar sua qualidade de vida; b) oferecer-lhes infra-estruturas e ambientes universitários para maior participação social e diminuir a marginalização; c) através das tarefas interdisciplinares permitir pesquisas gerontológicas com a participação dos idosos como investigadores e sujeitos dessas pesquisas. (FINATO, 2003, p.70).

No Brasil, o primeiro programa de atendimento ao idoso, realizado em uma universidade, surgiu em 1982, na Universidade Federal de Santa Catarina, denominado de Núcleo de Estudos de Terceira Idade.

Segundo Irigaray e Schneider (2008) as Universidades da Terceira Idade se caracterizam pela educação permanente sendo esta um fato educativo global, que surge da necessidade de instrumentalizar o homem para

o convívio com as mudanças que ocorrem em todos os aspectos da vida humana, tanto em nível econômico como no político e cultural, tanto em nível científico como na interpretação da natureza e do universo. Ela se prolonga ao longo de toda a existência humana, sem limites cronológicos, remetendo a uma nova concepção de homem, que busca o aperfeiçoamento integral e integrado em todas as etapas de sua vida e do desenvolvimento de sua personalidade.

Castro (2004) refere que os programas de educação permanente oferecem atividades que estimulam o autoconhecimento, a auto-estima e a auto-realização dos idosos. Geralmente, esses programas são realizados numa situação de grupo, nos quais as pessoas idosas podem criar uma dinâmica de relações pessoais significativas e mantê-las, produzindo espaços de aprendizagens.

A inserção do idoso no contexto acadêmico é uma das funções sociais da Universidade Pública. Com o intuito de possibilitar o acesso dessa população à UNESP, a Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), vinculada à Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX), oferece diferentes oportunidades de atividades. O projeto iniciado em 1993, procura promover a integração entre Universidade e Comunidade e a articulação entre ensino, pesquisa e extensão mediante o envolvimento de docentes, alunos, funcionários e a população em geral.

Inserida na problemática que o idoso enfrenta atualmente, o Programa UNATI da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP – Marília SP tem como objetivo principal proporcionar condições para a integração social e acadêmica, mediante a participação nas atividades programadas pela UNATI, as quais favorecem a convivência com os diversos segmentos da comunidade acadêmica.

O desenvolvimento das atividades da UNATI possibilita às pessoas da terceira idade a aquisição de novos conhecimentos e a troca de experiências entre os participantes e a comunidade acadêmica.

A UNATI oferece as seguintes atividades: palestras, cursos, oficinas e atividades de integração social.

Considerando que a inserção dos indivíduos em determinados grupos e atividades possibilita o compartilhar de concepções, valores e

crenças que contribuirão na construção de um saber coletivo que, por sua vez, servirá de orientador de ações e formas de ser e se perceber no mundo, faz-se importante utilizar a Teoria das Representações Sociais com um referencial teórico-metodológico profícuo para se entender as representações de participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre o processo de envelhecimento e ser idoso na sociedade atual.

De acordo com Jodelet (2001), as representações sociais são formas de conhecimento, elaboradas e compartilhadas socialmente, que possuem como objetivo prático a interpretação dos diferentes aspectos da realidade. São fenômenos que orientam os indivíduos e grupos no mundo, em suas tomadas de decisão e práticas, e que no seu processo dinâmico de elaboração, podem receber a influência, dentre outros fatores, de contextos institucionais, pelas trocas cotidianas que possibilitam. Desse modo, procuramos nos aproximar do entendimento sobre as possíveis implicações que o participar de um programa, como a Universidade Aberta à Terceira Idade, poderia ter na elaboração e apropriação psicológica e social de determinados objetos da realidade, leitura que pode ser incrementada por meio de recursos metodológicos e referenciais advindos do campo de estudo das representações sociais.

As pesquisas referentes ao envelhecimento têm crescido nas últimas décadas, isto demonstra a importância de compreender esta fase do desenvolvimento humano para que novas ações que beneficiem essa população possam ser lançadas e, neste sentido, os estudos com base nas representações sociais (RS) podem contribuir.

[...] As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa [...]. (MOSCOVICI, 2003, p.46).

Sendo assim, torna-se simples compreender que as pessoas recebem informações, as trocam entre si, proporcionando transformações no modo de representá-las, disseminando-as nas formas de comunicação e ação (MOSCOVICI, 2001). As representações sociais carregam em sua

estrutura formas individuais de pensamento, que modelam comportamentos individuais e coletivos e nas questões que dizem respeito ao envelhecimento acredita-se que com um número maior de pesquisas e informações, essas possam influenciar de modo positivo na vida diária e nas ações das pessoas que já envelheceram e também das que estão envelhecendo.

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais são criadas pelas pessoas devido à necessidade de se ajustarem socialmente, de modificarem seus comportamentos, de dominarem seus conflitos físicos e intelectuais, bem como para conseguir identificar, enfrentar e resolver seus problemas.

Frente a esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou idéias, não somos apenas automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis porque as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos da realidade diária, no modo de tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. (JODELET, 2001, p.17).

METODOLOGIA

Este texto tem como objeto o estudo das representações sociais sobre o envelhecimento e ser idoso no século XXI, no contexto da Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP de Marília (UNATI), à luz das representações sociais, as quais segundo Araujo, Coutinho e Santos (2006), levam a apreensão de um conhecimento compartilhado, viabilizado na interação entre o saber do senso comum e o saber científico.

Identificamos as representações sociais de envelhecimento e de ser idoso no século XXI, entre idosos que frequentam a Universidade da Terceira Idade da UNESP de Marília (UNATI), e refletimos sobre o papel das UNATI no processo de envelhecimento. Descrevemos o perfil do aluno idoso da UNATI no que se refere a seus dados sociodemográficos incluindo idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, situação de moradia, ocupação anterior e tempo de participação na UNATI.

Inicialmente o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNESP de Marília SP, CEP-2013-682.doc.sob o número 2013-682.doc em 15/04/2013.

A partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os idosos responderam individualmente acerca das informações sociodemográficas e sobre o conceito de envelhecimento e de ser idoso no século XXI, na forma de entrevista, sendo indagado o seguinte: Para o (a) senhor (a) o que representa o envelhecimento e a outra pergunta, para o (a) senhor (a) o que representa ser idoso no século XXI?

A amostra foi composta por 25 idosos que frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade UNATI da UNESP de Marília. Os participantes foram recrutados por conveniência, em que todos os idosos da UNATI foram convidados a participar e o fizeram aqueles que manifestaram o respectivo consentimento.

As respostas às questões abertas aqui consideradas foram tratadas pelo software ALCESTE© (Analyse Lexicale par Contexte d' un Ensemble de Segments de Texte, 2005) que realiza a análise quantitativa de dados textuais. O procedimento de análise do ALCESTE© mostrou-se bastante interessante em outros estudos sobre representações sociais (MENIN et al., 2008; SHIMIZU et al., 2010) para classificar as respostas obtidas em classes que delimitam contextos diversos.

Na análise do material, as respostas dos participantes foram gravadas, transcritas e digitadas de forma a serem inseridas no referido software, acompanhadas das características sociodemográficas dos respondentes para a identificação dessas variáveis na operacionalização do programa.

De acordo com Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) e Camargo (2005), o software ALCESTE realiza quatro etapas de análise, a saber: preparo do material por meio do reconhecimento das unidades de contexto inicial (UCI) que consistem, nesta pesquisa, nas próprias respostas às questões analisadas; divisão das UCI em segmentos de texto, denominadas unidades de contexto elementar (UCE), que são dimensionadas em função do tamanho do texto ou *corpus* de análise e da pontuação; realização de cálculos que classificam as UCE com base nas palavras que as compõem (essa operação é feita com auxílio de matrizes de frequências

que cruzam as palavras do vocabulário com as UCE do *corpus* em análise), nessa etapa, é utilizado o método de classificação hierárquica descendente, por meio do qual as UCE são divididas em classes, de acordo com o vocabulário, de maneira que se atinja o maior valor possível pela prova do Qui-quadrado; execução de operações complementares para cada uma das classes obtidas anteriormente, com fins de descrição destas; e fornecimento das UCE mais características, o que possibilita a contextualização de seus respectivos vocábulos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme foi observado, a faixa etária predominante foi a de 60 a 69 anos (40%), em relação ao gênero houve o predomínio do sexo feminino (72%). O estado civil predominante foi o de casado (44%), quanto à escolaridade o ensino superior foi dominante (60%), a renda mais presente foi de 4 a 9 salários mínimos, (56%). A maioria mora com a família (68%), a profissão anterior mais frequente foi a de professor, diretor de escola e supervisor de ensino (48%). Quanto ao tempo de frequência na UNATI a maior parte, (44%) tem menos de cinco anos.

Os dados mostram a predominância do sexo feminino e confirmam Castro (2004), Debert (1999) e Goldstein (1995) em estudos onde evidenciaram que a presença feminina nas Universidades da Terceira Idade é marcante, sendo a maioria dos alunos. (DÁTILO, TAVARES, 2012).

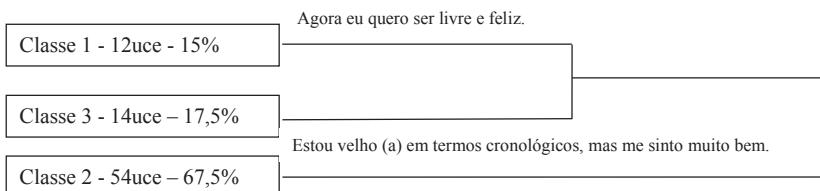
No que concerne a importância dos idosos frequentarem a UNATI, segundo resultado de recente pesquisa de Dátilo e Tavares (2012) a relevância atribuída pelos idosos para participarem da UNATI foi obter maiores conhecimentos e estar atualizado, seguido de fazer novos amigos, exercitar a memória visando uma velhice com qualidade de vida, dedicar um tempo a si próprio, ter lazer e uma ocupação saudável. Esses dados corroboram com Irigaray e Schneider (2008), Castro (2004) e Silva (2003).

PARA VOCÊ O QUE REPRESENTA O ENVELHECIMENTO?

Como resultados desta pesquisa, buscamos descrever as principais tendências dos discursos dos participantes geradas pelo ALCESTE© e apresentadas em diferentes classes.

Com relação às respostas dos participantes, quando indagados sobre o que representa o envelhecimento, o ALCESTE© dividiu o *corpus* em 93 UCE, e classificou para análise 80 UCE, o que representa 85% de aproveitamento do material. Tais U.C.E. foram divididas em três classes, correspondentes a diferentes contextos. Realizamos a leitura de cada classe a partir de suas palavras mais significativas e dos exemplos de respostas característicos de cada classe. A seguir, apresentamos, no Quadro 1, o tamanho de cada classe, conforme a sequência em que foram geradas, e o nome que lhes demos em função das representações mais predominantes.

Quadro 1 – Classes geradas pelo ALCESTE© em relação à questão sobre o que representa para você o envelhecimento.



Percebemos que as respostas sobre o que é o envelhecimento dividiram-se em três tipos de concepções: Mesmo no envelhecimento é possível aprender (classe 2), com 67,50%; estou velho(a) em termos cronológicos mas me sinto muito bem (classe 3) com 17,50% e, agora eu quero ser livre e feliz (classe 1) com 15,00%.

Alguns idosos demonstram alegria ao verbalizar que apesar da idade sentem-se em pleno desenvolvimento da aprendizagem, destacando desta forma a classe 2, mesmo no envelhecimento é possível aprender

"O envelhecimento para mim começou quando eu me aposentei, quando eu saí do serviço, parei de trabalhar e decidi ficar em casa. Foi aí que eu comecei a ver que de fato, apesar da aposentadoria, outras regalias eu teria, poder fazer cursos, fui aprender a fazer crochê, bordado, computação, en-

trei na UNATI, são coisas que vieram somar aos conhecimentos que eu já tinha.” (Suj. 17, sex. fem. 69 anos, classe 2).

A classe 3 estou velho (a) em termos cronológicos, mas me sinto muito bem é ressaltada em depoimentos onde não se nega o envelhecimento cronológico, porém, onde afirmam sentirem-se muito bem do ponto de vista bio-psico-social.

“Eu estou ficando velha e eu não sinto que estou ficando velha, faço tudo o que tenho que fazer, ainda dirijo meu carro e eu sinto que sou capaz de muitas coisas e que as pessoas admiram a minha postura no dia-a-dia, eu estou muito bem, não estou sentindo o peso da vida ainda.” (Suj. 25, sex. fem, 83 anos, classe 3).

Na classe 1, agora eu quero ser livre e feliz, encontramos diversos depoimentos enfatizando a alegria de sentir-se livre nesta fase da vida.

“Representa ficar um pouco livre das obrigações sistemáticas, tipo trabalho, tudo que eu quiser fazer hoje é livre, se eu tiver bem, tiver vontade eu faço aquilo que eu quero fazer, e quando eu não quero, eu não faço, se eu não quiser levantar cedo eu não levanto o que é muito difícil. Agora eu tenho bastante tempo para lazer e para navegar na Internet.” (Suj. 12, sex. masc. 68 anos, classe 1).

Veras (1994), já afirmava que a velhice é um termo impreciso, e sua realidade de difícil percepção, ele indagava se a pessoa fica velha aos 50, 60, 65 ou 75 anos, nos mostrando que os limites de idade na velhice não são estáticos, em termo de sua complexidade fisiológica, psicológica e social.

Percebemos nas respostas que as três categorias obtidas não negam o envelhecimento e o assumem inclusive com as perdas, mas salientam o que de positivo aprendem. Um exemplo deste tipo de afirmação podemos verificar no depoimento do suj. 23, sex. fem. 68 anos, que além de salientar que mesmo no envelhecimento é possível aprender não deixa de citar as perdas.

“O envelhecimento representa tempo de vida para mim, ele me dá oportunidade em sentir que hoje eu consigo viver ganhando também, eu não consigo viver só perdendo, independente de tudo, das limitações que nós temos hoje, eu ouço menos, em termos de destreza eu sou menos ágil, mas hoje eu aprendi

a descartar, a me preocupar só com as coisas que de fato tenho que me preocurar, consegue ser mais sábia nas minhas escolhas. (Suj, 23, sex. fem. 68 anos).

Segundo Torres, Sé e Queroz, (2009, p. 92) o idoso aprende a aceitar as perdas, mas há que pensar também nos ganhos desta fase “*Os idosos podem manter o bem-estar subjetivo na medida em que conseguem aceitar as perdas inerentes ao seu estado de saúde e à sua fragilidade física, estabelecendo novos desejos e planos de vida.*”

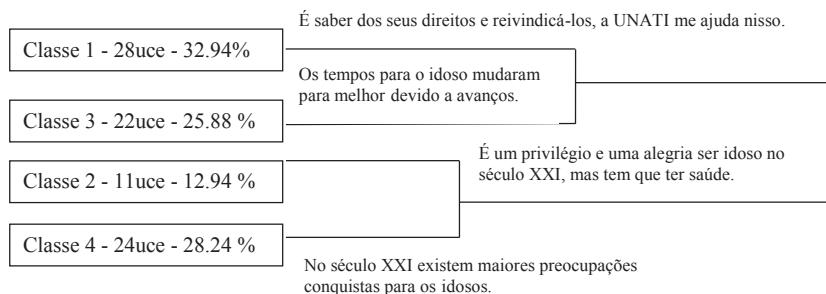
“É uma fase da vida que a gente gosta de passar, é muito agradável de lembrar todas as coisas. A gente precisa ter paciência, aceitar as pessoas como elas são, procurar amar as pessoas que nos rodeiam, suportar a saudade de quem se foi. (Suj. 24, sex. fem. 94 anos).

Os sujeitos 23 e 24 nos deixam claro que as aprendizagens vão muito além das cognitivas, como exemplo a aprendizagem nos relacionamentos interpessoais, permanecem durante toda a existência.

PARA VOCÊ O QUE REPRESENTA SER IDOSO NO SÉCULO XXI?

Quando indagados sobre o que representa para você ser idoso no século XXI, o ALCESTE© dividiu o *corpus*, referente às respostas dos participantes, em 92 UCE, e classificou para análise 85 UCE, o que representa 92,39% de aproveitamento do material. Tais U.C.E. foram divididas em quatro classes, correspondentes a diferentes contextos.

Quadro 2 – Classes geradas pelo ALCESTE© em relação à questão sobre o que representa para você ser idoso no século XXI.



Ao observarmos as três primeiras classes geradas pelo programa (classes 1, 4, e 3) verificamos a presença de representações que indicam as mudanças que ocorreram para melhor no século XXI e na classe 1 o que o próprio idoso tem que fazer para conquistá-las.

Na classe 1, que representa o maior número de U.C.E. do *corpus* analisado, é marcante a presença de falas que apontam para o lugar, quase que obrigatório para o todo o idoso no século XXI, saber dos seus direitos e reivindicá-los.

“A gente tem que ir atrás dos direitos da gente, tem que exigir. Se a gente chegar exigindo a gente consegue, mas se a gente chegar bobinho, coitadinho, engolindo tudo, eles montam.” (Suj. 11, sex. fem. 73 anos).

A outra classe (classe 4) mostra a importância do aparecimento das políticas públicas para os idosos.

“Ser idoso no século XXI tem aquilo que eu coloco como qualidade de vida, o idoso está amparado por leis e direitos, tem a previdência, ser aposentado, tem auxílio, não sei dizer se para invalidez, mas é mais um ganho para se sustentar, a gente vê cada vez mais projetos voltados para a terceira idade.” (Suj. 23, sex. fem. 68 anos)

A classe 3, deixa evidente que os idosos consideram os tempos atuais melhor no que diz respeito à maior progresso, autonomia, liberdade e independência.

“Sinto-me muito privilegiado em ser idoso no século XXI, com todas as conquistas da medicina, eu estou usufruindo tudo isso aí, aliás, eu sempre fui adepto da tecnologia, não da tecnologia pura que acaba esquecendo o lado social, mas, como ferramenta para melhorar seus contatos sociais, os facebook, os orkuts da vida, um meio muito rápido de trocar informações.” (Suj 12, sex. masc. 68 anos).

Segundo Lopes (2012), em 2003, um artigo publicado pela Revista da Universidade Federal de Goiás, UFG, discorrendo sobre a velhice, já não tratava apenas da velhice relacionada a doenças, mas também dos direitos do idoso, velhice e cultura, lazer, vida ativa na terceira idade, mostrando uma mudança no olhar do pesquisador sobre a velhice.

A autora refere ser necessário promover ações em que o idoso aprenda a lidar com as transformações que acorrem em seu corpo, sabendo dos seus direitos, conquistando sua autonomia para sentir-se sujeito de sua própria história. Esse papel seria das famílias e do Estado, onde no artigo 230 da Constituição Brasileira consta que:

[...] a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1994, p. 37).

Na classe 2, é um privilégio e uma alegria ser idoso no século XXI, mas tem que ter saúde e de capacidade financeira, ficou nítida a preocupação do idoso com aqueles que não tem saúde e nem poder aquisitivo adequado para suprir suas necessidades. A saúde é enfocada nesta classe como fator primordial para se ter um bom envelhecimento.

"Mudou completamente a forma de ser idoso no século XXI. Hoje o idoso não fica mais restrito ao crochê e as atividades domésticas do lar. O idoso com boa saúde ou com saúde razoável tem atividades extras, outras atividades, com amigos, com viagens, o cuidar dos netos é na hora da folga." (Suj.4, sex. fem. 73 anos).

"Mas para aquelas pessoas que não tem capacidade de saúde e nem capacidade financeira para ter uma vida mais amena, mesmo no século XXI o envelhecimento é muito triste, faz diferença lógico, a capacidade financeira faz diferença." (Suj.1, sex. fem. 77 anos).

"Olha eu acho que comparando com a geração anterior, a gente está em vantagem hoje pelo avanço da medicina, a gente está vivendo mais tempo e com mais saúde." (Suj.20, sex. fem. 66 anos).

Ainda na classe 3, os tempos para o idoso mudaram para melhor, muitos avanços, encontramos algumas respostas que comparavam o envelhecimento atual neste século XXI com o envelhecimento vivenciado por seus pais no século XX, afirmando que o progresso trouxe aos idosos maior qualidade de vida.

"Comparando de exemplo com a minha mãe, hoje é bem melhor, eu tenho em casa máquina de lavar roupa, microondas, a televisão, o computador". (Suj.17, sex. fem. 69 anos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas análises possibilitadas pelo exame das classes de respostas obtidas no ALCESTE©, podemos concluir primeiramente, que o envelhecimento no século XXI, para os idosos que freqüentam a Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP de Marília está ligado ao aprender; ao estar velho (a) em termos cronológicos, mas sentir-se bem, do ponto de vista bio-psico-social, e que nesta fase querem ser felizes.

O prazer por “aprender” nesta fase do desenvolvimento, foi também encontrado como resultado em pesquisas semelhantes de Irigaray e Schneider (2008), Lopes (2012) e Teodoro (2006). A classe “estou velho (a) em termos cronológicos, mas me sinto muito bem, demonstra que a população pesquisada, não nega o envelhecimento, bem como algumas limitações, mas afirmam sentirem-se independente nas atividades da vida diária, ativos, citam com alegria que vão ao banco, dirigem seus carros, que possuem qualidade de vida, dados também encontrados em pesquisas semelhantes de Areosa (2004), Lopes (2012), Torres, Sé e Queiroz (2009), Veras (1994).

“Agora eu quero ser feliz”, foi enfatizado pelos idosos que agora sentem que são donos de seu tempo, fazem o que querem e como querem. Afirmam sentirem-se felizes por não terem horários rígidos e fixos, como quando trabalhavam, sentem que ainda há tempo para realizarem seus sonhos. Percebemos uma visão bastante positiva, que alguns autores como Areosa (2004), Castro (2004), Debert (1999), colocam que também observaram em suas pesquisas no contexto de uma Universidade Aberta da Terceira Idade.

No que tange ao que é ser idoso no século XXI, encontramos representações que indicam, segundo a visão dos idosos, que os tempos mudaram para melhor, enfatizando que é necessário ter conhecimento dos seus direitos, e isto também aprendem na UNATI. Em nossa universidade, os idosos sugerem temas para as palestras que tem às quartas-feiras, e sempre lembram o Estatuto do Idoso, como algo já conquistado em termos de Lei, mas que ainda precisa de cuidados para ser colocado em prática. Este ano trouxemos um defensor público para falar sobre o tema.

Santos e Belo (2000) observaram também em sua pesquisa uma mudança na representação da velhice e a formação de uma nova identidade

do idoso, o que se opõe a um tradicional discurso de uma velhice passiva e negativa.

Outra visão bastante marcante é que é fundamental ter saúde, colocam que sentem-se privilegiados em poder usufruir as modernidades e avanços deste século, mas, que sem saúde, de nada adiantaria, e justificam que quanto mais aprendem na UNATI, sobre o próprio processo do envelhecimento, formas de prevenção, estilo de vida, mais se cuidam.

Os idosos ao relataram de forma comparativa, em relação aos seus avós, que foram idosos no inicio do século XX, e não tinham muitas das vantagens que se tem hoje, como a própria UNATI, a tecnologia, como celulares, computadores, micro-ondas entre outros.

Concordamos com Goldstein (1995), Irigaray e Schneider (2008), no sentido de que as Universidades Abertas da Terceira Idade vêm contribuindo significativamente para que os idosos sintam-se ativos e com um bem estar bio-psico-social, por oferecer conhecimento, possibilidades de conhecer novas pessoas, suporte emocional e desta forma auxiliando no enfrentamento de problemas e de crises típicos do processo de envelhecimento.

O perfil da população estudada é predominantemente feminino, assim como encontraram Castro (2004), Debert (1999), Dátilo e Tavares (2012). São em sua maioria casados, com ensino superior, com trabalho no passado ligado à área da educação, moram com a família e estão na UNATI a menos de cinco anos.

Vários são os aspectos que contribuem para o bem estar do idoso, podemos citar os aspectos da saúde, os sócio demográficos, culturais, econômicos, mas as Universidades Abertas da Terceira Idade contribuem muito para que o idoso inserido no contexto acadêmico possa ter possibilidades de aprendizagem, convívio intergeracional, sentindo-se desta forma mais autônomo, livre e criativo.

Encerramos este capítulo, evidenciando a importância do compromisso da UNATI/UNESP, no sentido de promover à população idosa, conhecimentos, convívio social, melhor auto-estima; aos alunos graduandos e pós graduandos, atividades de pesquisa e extensão, tudo isso visando melhorar a qualidade de vida desta população.

REFERÊNCIAS

- ALCESTE version 4.8 pour Windows. Toulouse: Image, 2005. 1 CD-ROM.
- ARAUJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas. *Psicologia & Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 89-98, maio/ago. 2006.
- AREOSA, S. V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Textos e Contextos*, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/prc>. Acesso em: 1 nov. 2013.
- ASSUNÇÃO FILHO, A. O normal e o patológico no idoso: como avaliar. *Neurobiologia*, v.53, n.1/2, p.5-12, 1990.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*: velhice analisada biológica e culturalmente, pensada e vivida. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BORGES, M. *Criança e representação social*: estudo comparativo de culturas e classes sociais entre índios e não índios. 2005, 150f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.
- BOSI, E. *Memória e sociedade*: lembranças de velho. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BRASIL. Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jul. 1996. Seção1, p.122-177.
- BRASIL. *Lei nº 8842*. Brasília, 1994.
- CACHIONI, M. Universidade da Terceira Idade. In: NERI, A. L. (Org.). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea. 2005. p. 207-210.
- CAMARANO, A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidade. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.137-167.
- CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NOBREGA, S. M. (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB: 2005. p. 511-539.
- CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. *Geriatria*: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2004.

CASTRO, O. P. Vivendo em seu corpo: uma questão de consciência e de criatividade. In: CASTRO, O. P. (Org.). *Envelhecer: revisitando o corpo*. Sapucaia do Sul: Notadez, 2004. p. 13-30.

COSTA, J. L. R.; COSTA, A. M. M. R.; GOBBI, S. Unesp - Unati e as políticas públicas voltadas à população idosa. In: DEL-MASSO, M. C. S.; AZEVEDO, T. C. A. (Org.). *UNATI UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE*, UNESP – PROEX. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20, n. 1, p. 81- 86, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/prc>. Acesso em: 16 ago. 2013.

DÁTILO, G. M. P. A.; TAVARES, F. C. Percepção da importância da participação de idosos em uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 28-41, 2012.

DÁTILO, G. M. P. A.; HORIGUELA, M. L. M. Idosos dependentes: o lugar do familiar cuidador. In: BRUNS, M. A. T.; DEL-MASSO, M. C. S. (Org.). *Envelhecimento humano: diferentes perspectivas*. Campinas, SP: Alínea, 2007.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

FINATO, M. S. S. S. *A universidade aberta à terceira idade e as redes de apoio afetivo e social do idoso*. 2003. 155f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

GOLDSTEIN, L. L. *Estresse, enfrentamento e satisfação de vida entre idosos: um estudo do envelhecimento bem-sucedido*. Tese (Doutorado). - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 19 fev. 2013.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de idosas em uma Universidade da Terceira Idade: motivos e mudanças ocorridas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 24, n. 2, p. 211-216, 2008.

JACOB FILHO, W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. *Bol. Instit. Saúde*, v. 47, p. 27-32, 2009.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

LOPES, M. E. P. S. A velhice no século XXI: a vida feliz e ainda ativa na melhor idade. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences*, v. 34, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/16197>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

MENIN, M. S. S. et al. Representações de estudantes universitários sobre alunos cotistas: confronto de valores. *Educação e Pesquisa (USP)*, v. 34, p. 255-272, 2008.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 389.

NERI, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1993.

NERI, A. L. (Org.). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, SP: Papirus, 2001.

PRATA, H. L. et al. Envelhecimento, depressão e quedas. *Fisioter .mov.*, v. 24, n. 3, p. 437-443, jul./set. 2011.

SALDANHA, A. A.W.; ARAUJO, L. F.; FELIX, S. M. F. Aids na velhice: os grupos de convivência de idosos como espaço de possibilidades. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C. M. S. B. (Org.). *Maturidade e velhice: pesquisa e intervenções psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. v. 1.

SANTOS, M. F. S.; BELO, I. Diferentes modelos de velhice. *Revista Psico*, Porto Alegre, n. 2, p. 31-48, jul./dez. 2000.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. D. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 3, p. 612-617, 2012. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 11 ago. 2013.

SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrìa: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2004.

SHIMIZU, A. M. Representações de educadores de escolas brasileiras a respeito de educação em valores morais. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 33., 2010, Caxambu. *Anais... Caxambu: Anped*, 2010.

SILVA, J. C. Velhos ou idosos? *A Terceira Idade*, São Paulo, v.14, n. 26, p. 94-111, jan. 2003.

TEODORO, M. F. M. *UnATI/UERJ*: uma proposta de educação permanente para o cidadão idoso. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis, 2006. Disponível em: <www-old.ucp.br>. Acesso em: 29 out. 2013.

TORRES, S. V. S; SÉ; E. V. G.; QUEROZ, N. C. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO, M. J. D'É.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. Campinas, SP: Alínea, 2009.

TRINDADE, E.; BRUNS, M. A. T. M. Meia-idade masculina: significados do envelhecimento. In: BRUNS, M. A. T.; DEL-MASSO, M. C. S. (Org.). *Envelhecimento humano: diferentes perspectivas*. Campinas, SP: Alínea, 2007.

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *CAD. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, mai-jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15888.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 479-502, 1999.

VERAS, R. *País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

VIEIRA, V. V., DEL-MASSO, M. C. S. Concepções de estudantes de graduação da Unesp de Marília acerca do envelhecimento humano. In: DEL-MASSO, M. C. S.; AZEVEDO, T. C. A. (Org.). *UNATI UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE, UNESP – PROEX*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

POR MARES DE SONHO E CRIAÇÃO, DE “FRAGMENTOS DA VIDA” VAMOS “TECENDO ESPERANÇAS”: A HISTÓRIA DAS OFICINAS DE TEATRO DA UNATI (UNIVERSIDADE ABERTA À 3^A IDADE) – UNESP DE MARÍLIA

Ana Paula Cordeiro

INTRODUÇÃO

Esta é uma história que tem início no ano de 1999. Resumi-la em algumas páginas não é tarefa fácil. É uma história feita de encontros, de arte, de criação, de convivência, de lembranças de cores, cenários, figurinos, textos, interpretações, mudanças, despedidas, alegrias e paixão. É uma história que começou numa manhã do dia 19 de abril de 1999, data do primeiro encontro das “Oficinas de Teatro da UNATI (Universidade Aberta à 3^a Idade) – UNESP (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”) de Marília”, por mim coordenadas. Estávamos próximos de adentrar em um novo milênio, que chegou com inúmeros desafios, problemas e discussões postos a educadores e profissionais da educação dispostos a lutarem por inclusão, por educação permanente, por diálogos intergeracionais, por vida.

O convite para ministrar as Oficinas de Teatro partiu da então coordenadora da UNATI - UNESP de Marília, a professora Maria Candida Soares Del-Masso. Eu desenvolvia trabalhos com jogos teatrais e criação teatral coletiva com crianças e jovens. Jogos que envolviam a percepção, que buscavam tornar o corpo expressivo, que propunham cenas a serem

construídas de forma improvisacional. Como seria realizar esses jogos com pessoas idosas? Será que elas apreciariam? Jogariam os jogos dramáticos e teatrais? Teriam interesse em participar de Oficinas de Teatro? Com muitas indagações permeando meus pensamentos, resolvi aceitar o desafio.

Era meu primeiro ano como aluna do Doutorado na Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP – Campus de Marília e minha temática era justamente a dos jogos dramáticos com crianças da Educação Infantil. Aceitar o desafio de trabalhar teatro com pessoas idosas mudou meu olhar para o envelhecimento humano, mudou o foco de minha pesquisa (que passou a ser com o Grupo de Teatro que se formou a partir das Oficinas de Teatro da UNATI) e tornou-se maior que ela própria: tornou-se o trabalho de uma vida.

A proposta de trabalho com o grupo, que contava com cerca de 13 a 15 participantes, era a de desenvolvêrmos Oficinas de Teatro tendo como mote técnicas teatrais simples (usos e ocupações do espaço cênico, uso adequado da voz, do corpo), os jogos teatrais e a criação de peças coletivas por parte do grupo de alunos e alunas matriculados. Nada seria dado pronto aos participantes e todos tomariam decisões, desde a escrita de uma peça até sua montagem, passando por cenários, figurinos, sonoplastia, iluminação, etc. Para preparar os primeiros encontros organizei propostas utilizando-me de referencial ligado ao teatro e à criação teatral. Autores como Boal (1991), Spolin (1992), Courtney (1980), Chacra (1991), Laban (1978), entre outros, me auxiliaram a pensar nas melhores propostas, exercícios e jogos para o grupo de teatro que se formou em torno das Oficinas. Foi preciso adaptar propostas e jogos, levando-se em conta as necessidades do grupo e capacidade física das pessoas envolvidas, bem como os seus temas de interesse. Também dialoguei com os participantes, desde o primeiro encontro, explicitando as formas e propostas de trabalho, verificando quais as motivações dos integrantes para participarem das Oficinas de Teatro e se haveria concordância relacionada à forma de trabalhar. A ideia era fazer das Oficinas um espaço privilegiado para o jogo teatral, para a improvisação, o diálogo, o debate e a recuperação de lembranças de memórias pessoais, precioso material para a elaboração de textos e peças teatrais.

Parti, no trabalho com as Oficinas de Teatro da UNATI - UNESP, do pressuposto básico do Teatro do Oprimido, preconizado por Boal

(1991): todos nós, seres humanos, podemos e somos capazes de atuar num palco, porque atuamos na vida. A proposta principal era a de, a partir dos jogos teatrais, das conversas, das memórias e lembranças dos participantes do grupo, criar textos e peças coletivas, frutos genuínos da convivência grupal. Essa ideia foi recebida com alguma resistência e incredulidade pelas pessoas presentes no primeiro encontro. No entanto, houve entre nós, desde o início, muita empatia, que perdurou por todos esses anos. Com diálogo e a explicitação do trabalho, houve a compreensão de que tudo ocorreria de forma gradativa, sem atropelos, no tempo e possibilidades do grupo, que inicialmente foi composto apenas por mulheres. Naquele ano não houve nenhuma matrícula masculina.

Nestas linhas e páginas, busquei apresentar um pouco do trabalho realizado ao longo dessa trajetória de quinze anos: os exercícios e jogos teatrais desenvolvidos, os processos de criação teatral a partir de lembranças, relatos e histórias de vida, trechos das peças criadas e de textos individuais e coletivos, visando a oferecer ao leitor, por meio dessa história, também um caminho metodológico para o trabalho com teatro junto a pessoas idosas.

1. OBJETIVOS, REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO

O principal objetivo do Projeto “Oficinas de Teatro da UNATI – UNESP de Marília” consiste em discutir e avaliar a relevância dos aspectos lúdicos e artísticos nos processos educacionais da pessoa idosa, por meio dos jogos teatrais e da criação de peças teatrais coletivas. Buscamos avaliar estes aspectos relacionando-os à memória e experiências de vida dos participantes, ao prazer que esses possuem ao lembrar, representar e conhecer ao longo do desenvolvimento das atividades nas oficinas de teatro.

Ainda, especificamente,

Visamos a oferecer alguns caminhos em relação à aprendizagem da arte teatral e ao trabalho de teatro-educação junto às Universidades Abertas à 3^a Idade. Buscamos também demonstrar que a chamada “terceira idade” pode constituir-se numa fase de descobertas e de aprendizado, na qual a pessoa idosa pode atuar como agente cultural, participando e contribuindo de várias formas para o crescimento e o enriquecimento sociais dos grupos dos quais faz parte (CORDEIRO, 2003, p. 10).

Os participantes das Oficinas são pessoas regularmente matriculadas na UNATI – Universidade Aberta à 3^a Idade da UNESP (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”), Campus de Marília, com idades entre 55 e 90 anos. O Programa UNATI consiste num Projeto de Extensão que visa a integrar a pessoa idosa no ambiente universitário, oferecendo cursos, palestras e oficinas sobre temáticas diversas e existe em inúmeras unidades da UNESP. O Projeto “Oficinas de Teatro da UNATI (Universidade Aberta à 3^a Idade) – UNESP de Marília” está integrado ao Projeto maior da UNATI.

O Projeto, em seu início, contou com a participação de cerca de treze integrantes do gênero feminino. Ao longo do tempo, no entanto, o grupo cresceu, alguns membros entraram e outros saíram. Dessa forma participam no ano de 2015 das Oficinas cerca de vinte e cinco pessoas, mas ao longo desses quinze anos mais de quarenta idosos participaram das atividades do Grupo de Teatro, que se formou a partir dos encontros nas Oficinas, em momentos variados. Portanto, neste texto, ora me utilizarei da nomenclatura “Grupo de Teatro da UNATI” e ora do termo “Oficinas de Teatro da UNATI – UNESP”, lembrando que este último termo se refere ao Projeto de Extensão que originou o Grupo de Teatro, composto pelos integrantes das Oficinas. Cabe ressaltar que alguns participam desde o início dos trabalhos, tendo permanecido nas Oficinas durante os quinze anos de sua existência. É o caso de onze de nossas alunas.

Algumas delas também participaram de oficinas anteriores de teatro, com um professor que esteve na UNATI desenvolvendo tais atividades no ano de 1995, Alexandre Matte¹. Outros participantes estão no grupo há três, cinco, oito anos ou mais. A maior parte dos participantes possui curso superior completo e está ou esteve ligada à educação: são professores, diretores, supervisores de ensino, secretários aposentados, etc.

São inúmeras as motivações que os levam a participarem das Oficinas, entre elas o gosto pelo teatro e a falta de oportunidade de se dedicarem a esta atividade na juventude; o desejo de estarem junto de pessoas com idades parecidas, compartilhando de assuntos, memórias, cotidiani-

¹ É Mestre em Artes Cênicas e Doutor em História Social. É docente do Instituto de Artes da UNESP.

dade, gostos, interesses, etc.; experimentar uma nova atividade, nunca realizada antes, entre outras motivações.

Em meu trabalho me concentro nas questões da velhice a partir de olhares sociológicos e filosóficos, prioritariamente. Sobre a velhice, corroboro com Beauvoir (1976), ao afirmar que ela

É um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. Acarreta consequências psicológicas: determinadas condutas, com justa razão, são consideradas típicas da idade avançada. Tem uma dimensão existencial como todas as situações humanas: modifica a relação do homem no tempo e, portanto, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural: seu estatuto lhe é imposto tanto na velhice como em todas as idades, pela sociedade a que pertence. (BEAUVOIR, 1976, p.13).

Diz a autora, ainda, que é a sociedade quem determina o lugar e o papel do velho, levando em conta suas idiossincrasias e vários fatores se inter - relacionam quando o assunto é o envelhecimento humano, sendo impossível analisá-lo sob um único ponto de vista. Corroboro com a autora, que afirma que a velhice é mais que um fato biológico, mas um fato cultural.

Também considero fundamental compreender mais sobre a importância da memória e do vivido para as criações coletivas e como forma de valorização da bagagem cultural e das contribuições sociais da pessoa idosa. Bosi (1979) afirma que a sociedade industrial é maléfica à velhice. A autora argumenta que com as mudanças que se aceleraram na sociedade de classes, rupturas foram criadas nas relações entre os homens e nas dos homens com a natureza, abalando o sentimento humano de continuidade. Segundo Bosi

A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência á sua obra. Perdendo a força de trabalho ele já não é produtor nem reproduutor (...) O velho não participa da produção, deve ser tutelado, como um menor. Quando as pessoas absorvem as idéias da classe dominante, agem como loucas porque delineiam assim seu próprio futuro. (BOSI, 1979, p. 35-6)

O trabalho voltado para o teatro visa a levar os participantes a enxergarem-se como sujeitos, como agentes e produtores de cultura, capazes de atuar num palco, de criarem textos e peças teatrais, de perceberem que a própria forma da sociedade encarar a velhice depende de contextos históricos e é possível de modificação. Dessa forma, considero ser o jogo teatral a melhor forma de auxiliá-los em seus processos de criação. Utilizo-me da premissa básica do Teatro do Oprimido (BOAL, 1991), de que todos os seres humanos são capazes de criar e de atuar num palco. As propostas de exercícios e jogos de Boal auxiliaram o grupo a pensar em como tornar o corpo do ator expressivo. Também me utilizei do referencial de Spolin (1992), a fim de oferecer jogos teatrais, que tem como base o improviso, uma situação a ser solucionada no “aqui e agora” do palco. Os participantes precisam encontrar soluções para problemas postos no palco, em grupos, para depois apresentarem as soluções ao grupo maior. O objetivo é o de criação e apresentação de cenas coletivas, de diálogos grupais, de um trabalho teatral que revelasse as falas e a cotidianidade do grupo. Isso começou a ocorrer desde o início das propostas, em 1999.

Tais propostas, baseadas nos jogos teatrais, no diálogo grupal e no trabalho de rememorar lembranças de tempos idos tornaram-se caminhos procedimentais para o alcance dos objetivos. Metodologicamente o caminho da pesquisa – ação foi utilizado, já que a efetiva participação por parte dos integrantes do grupo era a meta do trabalho. Thiollent define pesquisa-ação dizendo que ela é

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual o pesquisador e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLLENT, 1986, p. 14).

O autor ainda diz que

uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Além disso, é preciso que a ação seja uma ação não trivial, o que quer dizer uma ação problemática, merecendo investigação para ser elaborada e conduzida (THIOLLLENT, 1986, p. 15).

Em termos procedimentais, a observação participante, o oferecimento de propostas de exercícios e de jogos teatrais, os diários de campo, o diálogo grupal e formas de registros variadas, tais como fotografias, filmagens e escritos individuais e coletivos do grupo, como poemas, crônicas, depoimentos e peças teatrais sempre foram de enorme valia para a análise dos dados coletados. Os conteúdos das peças e textos escritos são analisados à luz do referencial teórico pertinente, levando-se em conta as histórias de vida, memórias e cotidianidade dos participantes.

Dessa forma, inúmeras peças e textos foram criados ao longo desses anos de existência das Oficinas. Dos trabalhos coletivos, foram criados os seguintes: “Fragmentos da Vida”, “Os italianos”, “Todas as vidas de Cora Coralina”, “Momentos do dia - a dia”, “O cravo e a rosa”, “Chico Buarque e a mulher”, “Ditos, desditos e não ditos”, “Contando coisas de amor”, “Memórias de amores idos”, “Joana Fulô, a dona do bar”, “Sarau de poesias escolhidas”, “Sarau de poemas, contos e causos” e “Tecendo Esperanças”.

2. CRIAR, A PALAVRA FUNDAMENTAL.

Uma história pode ser contada de várias maneiras. Mesmo quando se trata da história de um Projeto que visa a aliar ensino, pesquisa e extensão universitária e exige rigor teórico e objetividade. É preciso fazer escolhas e estas são sempre arbitrárias. Escolher o mais importante? Tarefa difícil e talvez não se trate disso, mas de apresentar, de forma criteriosa, uma mostra do trabalho realizado, oferecendo caminhos metodológicos para quem quiser enveredar pelas estradas belas e sinuosas da criação teatral.

Início as memórias das Oficinas apresentando alguns exercícios e jogos teatrais que foram e são fundamentais para que a criação teatral ocorra. Vencer as barreiras da timidez, tornar o corpo expressivo e um instrumento para a personificação de tipos, jogar o jogo teatral, escrever textos, falar sobre lembranças e histórias cotidianas não são tarefas fáceis. E nos propusemos, enquanto grupo, desde o início, a tudo isso.

No ano de 1999 nos reuníamos às segundas - feiras, das 8:30 h. às 10:30 h. Logo percebemos que não era o melhor dia e horário e elegemos as sextas - feiras para nossos encontros, das 14 às 16 horas. Quanto ao trabalho das primeiras oficinas

desenvolvemos com o grupo vários tipos de jogos teatrais e exercícios envolvendo a boa ocupação do espaço cênico, a expressão corporal e o improviso. Iniciamos todos os nossos encontros com exercícios para relaxar o corpo: braços, pernas, ombros e pescoço, além de valorizarmos sempre os exercícios respiratórios, reiterando ao grupo a importância de um processo respiratório profundo, que seja capaz de relaxar o ator, proporcionar-lhe mais fôlego ao falar e prepará-lo fisicamente para os desafios no palco. (CORDEIRO, 2003, p. 71)

Os jogos teatrais, que tem como base o improviso, sempre foram muito apreciados pelo grupo. Para exemplificá-los, relatarei alguns desses jogos e propostas. Trabalhamos, em algumas situações, com propostas que visaram a levar o grupo a falar sobre suas histórias e memórias, fator que considero muito relevante para o trabalho com idosos, pois nem sempre na sociedade acelerada e de consumo rápido, inclusive de bens culturais, o idoso tem a chance e a oportunidade de recordar, de falar de si e do que lhe é caro, de se encontrar com seus pares, com pessoas da mesma idade e com interesses e histórias em comum.

Por meio dos jogos, visei a despertar o interesse para a criação de textos individuais e coletivos e de cenas improvisadas. Para tanto, uma palavra, uma situação ou proposta foram apresentadas, no sentido de suscitem cenas, lembranças e interação entre o grupo. Para rememorar, um objeto poderia ser a chave do jogo. Em uma das Oficinas, a proposta consistiu em trazer de casa um objeto de uso cotidiano. Os objetos foram todos colocados sobre um balcão e cada participante deveria escolher um deles para criar uma história sobre ele. Questões como “onde ele foi fabricado”, “para que serve” e “como chegou às mãos de seu dono”, foram feitas ao grupo, mas cada participante era livre para criar seu pequeno enredo. Cada pessoa contaria a história do objeto, como se este tivesse vida e pudesse falar sobre sua trajetória.

Uma a uma, as alunas (no ano de 1999 só tivemos mulheres no grupo) foram à frente falar sobre os objetos. Todas as falas foram anotadas, gravadas ou escritas depois pelas participantes, criando-se um rico acervo material do Projeto. Destacamos a criação de uma aluna, Lygia, sobre a proposta de dar vida e fala a um dos objetos, uma sombrinha:

Meu nome é Umbrella. Acho que nasci na Coréia, mas fui levada, ainda jovem, para o Paraguai. Um belo dia vim parar no Camelódromo de Marília e minha dona me comprou. Mas ela era muito distraída e me esqueceu no canto de uma loja de bijouterias. E essa agora! Eu tinha vindo de tão longe, atravessado o mundo e agora minha dona me perdia numa lojinha qualquer. Mas logo ouvi novamente a voz da minha dona: -Alguém por aí viu uma sombrinha? Ufa! (CORDEIRO, 2003, p. 71)

Em outras ocasiões, objetos com valor sentimental, poemas e textos foram levados, para que o grupo montasse cenas ou falasse deles e de sua importância. Também realizamos, por vezes, lanches específicos, com os pratos, sabores e aromas preferidos de cada participante do grupo. Sobre uma dessas oficinas, eis um pequeno trecho de um texto - poema, intitulado “Sopa de Letras”, da aluna Lygia Peregrino, fruto de reflexão sobre o vivido nas Oficinas:

Eis então que hoje cedo/ A aula foi só de lembranças/ As quais foram despertadas por chazinhos e comilanças. / E vendo e ouvindo as colegas,/ O meu chá saboreando,/ Lembrei de coisas tão boas.../Fiquei sonhando... sonhando... (CORDEIRO, 2003, p. 139)

Vale destacar alguns jogos de improvisação, que visavam a tornar o corpo expressivo, por meio da personificação de tipos dentro de situações específicas. Num deles, o grupo teria de se lembrar de histórias relacionadas a visitas inconvenientes, a partir do dito popular “Visita sempre dá prazer: se não é quando chega, é quando sai”. Depois, subdivididos em grupos menores, os participantes teriam que criar cenas curtas relacionadas a este dito popular. Histórias muito engraçadas surgiram, algumas delas inclusive reais, que foram misturadas a situações criadas para a elaboração das cenas. Este jogo e as situações criadas, inclusive, serviram de mote para a elaboração, posteriormente, de uma peça teatral toda baseada em ditos populares, intitulada “Ditos, desditos e não ditos”.

Por meio dos jogos, o grupo foi ganhando segurança pra? atuar no palco, para utilizar-se do corpo para a personificação de tipos, para criar textos. Nossa primeira oportunidade de trabalho coletivo deu-se ainda no ano de 1999, por ocasião das comemorações dos quarenta anos de funciona-

mento da UNESP de Marília, tempo que envolve também o funcionamento da antiga FAFI (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Marília), que oferecia ensino público e gratuito a seus alunos. Sendo um instituto isolado, foi incorporada à Universidade Estadual Paulista no ano de 1976.

Convidadas a participar das comemorações e festividades, as participantes do Grupo aceitaram o desafio de elaborar um trabalho que mostrasse, de forma crítica ao público, a importância da UNESP e de seu papel, para a sociedade e para a cidade de Marília. Ficou decidido que não seria elaborada uma peça teatral, mas uma apresentação que reunisse poemas, relatos e impressões sobre a Universidade e sua importância histórica. O mote do trabalho, por escolha do grupo, foi desenvolver uma temática voltada para o homem comum, em contraposição à ótica dominante e à História oficial. Em relação ao processo de elaboração do trabalho

Entre os vários textos e poemas trazidos, o grupo escolheu aqueles que estavam ligados mais de perto à temática proposta. Foram escolhidos os seguintes textos: “Perguntas de um trabalhador que lê”, de Bertold Brecht, o poema “A moça”, de Esmeralda Peregrino de Moura, poeta e tia de uma das alunas do grupo, “Os meninos da rua da Descida”, de Ana Paula Cordeiro, trechos de poemas de Fernando Pessoa e um relato de Virgília, aluna do grupo, que trabalhou por muitos anos na Universidade. O grupo entrelaçou estes textos com outros relatos curtos, relacionou os poemas entre si e criou o trabalho intitulado “Fragments da Vida”. Neste primeiro trabalho as alunas optaram por fazer uma leitura do texto ao público. (CORDEIRO, 2003, p. 72)

Apresentamos este trabalho em três ocasiões, inclusive no Teatro Municipal da cidade, junto das comemorações relacionadas aos 40 anos da UNESP. Na criação coletiva não foram lembradas grandes autoridades, mas as pessoas anônimas, que ajudaram ao longo das décadas a construir os pilares da Universidade no município. “Fragments da Vida” foi um nome bem sugestivo, levando-se em conta que realmente trabalhamos com diversas possibilidades de escritos e discursos. Um dos pontos altos do trabalho foi o pequeno depoimento de Virgília Porto de Souza, aluna da UNATI e que foi funcionária da UNESP por trinta anos. Eis sua fala:

Olhem só! Quem diria! Após 40 anos ainda me encontro nesta casa. Tantas alegrias, tristezas e decepções, mas quem não as tem? Quantas lembranças desde 1959! A Aula inaugural, a revolução de 64. O pri-

meiro trote, os grandes simpósios...Os alunos que passaram pela antiga FAFI, e os que continuam passando pela UNESP... Alunos que se tornaram grandes profissionais! Alunos que foram embora e eu nunca mais soube deles. Tantas vidas que se cruzam! Tantos sonhos, tanta gente! Tantos relatos, tantas perguntas! (CORDEIRO, 2003, p. 158)

No fim de 1999, no mês de novembro, o grupo de teatro da UNATI recebeu um convite da Comissão de Registros Históricos da Câmara Municipal e da cidade de Marília para participar da “16^a Noite dos Pioneiros”, evento tradicional da cidade, que se realizaria no dia 14 de abril de 2000. O evento sempre homenageia aqueles que de alguma maneira contribuíram de forma inovadora e decisiva para o desenvolvimento da cidade. No ano de 2000 os homenageados seriam os imigrantes e migrantes que se instalaram na região, nos anos 20 e 30 do século XX. Italianos, portugueses, japoneses, sírio – libaneses e nordestinos fazem parte dessa história. Nossa grupo, por conta de afinidade e ascendência, ficou encarregado de criar uma apresentação relacionada aos imigrantes italianos.

Reunimo-nos nas férias, nos meses de dezembro a março, para a elaboração do trabalho, que envolveu pesquisa, acompanhamento histórico e leituras diversas. Alguns textos que tratavam da imigração e da vida de famílias de imigrantes, bem como as memórias de algumas alunas do grupo, filhas ou descendentes de italianos foram fundamentais para a pesquisa desenvolvida. O que contar? Ficou decidido que realizaríamos uma peça teatral, dentro de um clima de sonho e de recordações, como se as personagens fossem fantasmagorias, lembranças de Rosa, uma senhora idosa, que se recorda de sua infância, de seus pais, irmãos, vizinhos e familiares, reunidos em torno da festa de batizado de Marcelo, irmão caçula da protagonista.

A cotidianidade, os vizinhos, a feitura das comidas, o avô na cadeira de balanço entregando guloseimas às crianças, o dia do batizado, enfim, todas essas ações foram apresentadas em uma peça teatral curta, com duração de 15 a 20 minutos. O trabalho foi aprofundado e bastante requintado, seja do ponto de vista das falas, seja do ponto de vista do cenário, que reproduzia, com móveis de época, uma casa típica dos anos 20 do século XX, seja do ponto de vista do figurino ou sonoplastia. Uma das

integrantes do Grupo tocava bandolim e, ao vivo, fez a sonoplastia da peça, com músicas tipicamente italianas.

Na Noite dos Pioneiros do ano de 2000, inúmeros grupos teatrais da cidade se apresentaram, com trabalhos ligados à importância dos migrantes e imigrantes que chegaram a Marília no início da construção da cidade. E, entre eles, a UNATI trazia a peça de criação coletiva “Os italianos”!

Ainda em 2000, por meio das Oficinas, o Grupo de Teatro criou a peça “Momentos do dia- a dia”, que trata de questões relacionadas ao preconceito contra a pessoa idosa. A peça mostra situações cotidianas que ocorrem no ônibus, na rua, no trabalho, no atendimento em lojas, em casa. Esta é uma peça que foi adaptada de um trabalho realizado por algumas alunas participantes, quando frequentavam oficinas de teatro na UNATI, no ano de 1995, ainda ministradas pelo Professor Alexandre Matte. A obra chama-se “Não é proibido sonhar” e nela as alunas falavam de suas vidas, anseios e preconceitos sofridos. O nosso grupo, em 2000, readaptou parte do trabalho e criou novas cenas e fálas, destacando apenas a questão do preconceito contra a pessoa idosa. Esta peça foi apresentada inúmeras vezes, em diversas situações, tendo sido, inclusive, alguns anos depois apresentada para cerca de duzentos alunos do Ensino Médio de uma escola pública da cidade de Marília. Destacamos aqui um pequeno trecho de “Momentos do dia – a – dia”:

Adalva: no ônibus acontece cada uma!

Virgínia: Incrível! Tanto horário para andar de ônibus e as “vô” cismam de fazer isso justamente agora!

Marlene: Agora vamos ter que esperar meia hora até a velha descer.

Lurdinha: Moço, esse lugar é meu.

Lygia: Eh, velha chata, por que não viaja de carro?

Elza: Eu não vou sentar perto desta velha! (CORDEIRO, 2003, p. 183-4)

Também no ano de 2000 apresentamos uma adaptação do poema “Todas as vidas”, de Cora Coralina, bem como “Momentos do dia – a – dia na “I Jornada Municipal do Idoso de Marília,” promovida pela prefeitura Municipal e realizada na Universidade de Marília (UNIMAR), no dia 29 de setembro de 2000, que contou com palestras variadas abordando inúmeras temáticas ligadas ao envelhecimento humano e que teve a participação de vários grupos de terceira idade da cidade.

A cada trabalho, o grupo buscava novos desafios. Um deles foi a elaboração de um espetáculo realizado no ano de 2001, intitulado “O cravo e a rosa”. Este trabalho foi apresentado num evento cultural e benficiente, um baile que levava o mesmo nome da peça. Inúmeros grupos artísticos da cidade de Marília se apresentaram nesse evento, com o objetivo de contar um pouco da história da cidade. Cabe destacar que vários trabalhos nossos possuíram temáticas ligadas à vida na cidade de Marília: vidas de pessoas comuns entrelaçadas a momentos e fatos históricos.

O trabalho foi apresentado em 21 de abril de 2001, para um público de mais de trezentas pessoas, num clube da cidade. Tivemos um palco amplo, no salão de festas do local. Desde o início sabíamos que nos apresentaríamos num local amplo e realizamos, inclusive, ensaios e oficinas no local, dado que considero importante relatar, para quem deseja desenvolver atividades teatrais com grupos de pessoas idosas. Conhecer e familiarizar-se com os espaços cênicos disponíveis, em alguns casos não tão propícios ao trabalho teatral, é fundamental para o sucesso da empreitada de uma apresentação.

Em relação a esta apresentação teatral, utilizamo-nos prioritariamente do trabalho de corpo, na montagem de esquetes, para uma apresentação que contou a história de um grupo de pessoas que viveu sua infância e juventude nos anos 30 e 40 do século XX na cidade de Marília. Recordações da infância e da juventude dos participantes apareceram nos momentos de diálogos e jogos nas oficinas. Muitas situações contadas transformaram-se em cenas para o trabalho:

as brincadeiras de roda no meio das ruas sem asfalto, a “amarelinha”, o jogo de rodar pião e o de peteca, as brincadeiras com brinquedos antigos como o “bilboqué”, a brincadeira do túnel. Na juventude, os passeios à sorveteria, o “footing”, que consistia em caminhadas pela avenida Sampaio Vidal, ponto central da cidade. As moças caminhavam enquanto os moços ficavam parados ao longo da avenida olhando-as passarem. Ocorriam então pequenos flertes, trocas de olhares e sorrisos. Havia também os bailes, o carnaval, as velhas marchinhas. (CORDEIRO, 2003, p. 78)

Destaco também nesta obra do Grupo os cuidados e o primor em relação aos figurinos e à sonoplastia, escolhas dos participantes do grupo.

Por essa ocasião, já contávamos com as presenças de alunos do gênero masculino. As mulheres, no entanto, sempre foram maioria no grupo.

Ainda em 2001, por meio de oficinas e jogos, surgiu a ideia de criarmos um texto e montarmos uma peça toda baseada em ditos populares. A peça abordaria a sabedoria contida nos ditos, bem como seus preconceitos e contradições. O tom seria de comédia e haveria narradoras que contariam histórias baseadas em ditos populares. Houve muita pesquisa relacionada aos ditos e o Grupo compilou cerca de quatrocentos ditos e provérbios populares. Três deles foram escolhidos para a construção de historietas baseadas em seus preceitos, numa estrutura de metalinguagem. As falas das narradoras e das demais personagens seriam todas amparadas por inúmeros ditos, o que deu charme e originalidade à peça. A história surgiu no palco a partir das lembranças das narradoras, sobre a vida e situações cotidianas. Os ditos escolhidos para as historietas foram: “Quem conta um conto aumenta um ponto”, “Quem pode, manda. Quem tem juízo, obedece” e “Visita sempre dá prazer: se não é quando chega, é quando sai”.

Na primeira historieta, amigas se encontram na feira e uma delas, que tem a fama de exagerar sobre tudo o que conta das pessoas, conversa com duas amigas. Situações e falas muito engraçadas emergiram desta pequena história. Em “Quem pode, manda. Quem tem juízo obedece”, o tom se torna mais dramático, pois duas mulheres conversam e recordam os tempos da ditadura militar e discutem sobre política. Na última história, três primas do interior recebem a visita impertinente de uma prima outra rica, porém falida, que vai até a casa delas na esperança de encontrar um fazendeiro rico para casar. No período de sua estadia, cria muitas confusões e altera a rotina da casa, criando situações cômicas e muito divertidas.

Na peça também são abordados os ditados que se contradizem, o que rendeu bons diálogos. Um exemplo deles: “Quem dá aos pobres, empresta a Deus” e “Quem dá o que tem, a pedir vem”. Em todo o texto da peça os ditos são lembrados e proferidos por diversas personagens. Esta peça tem cerca de uma hora de duração e demandou cuidados com cenários, que precisaram ser mudados constantemente no palco, figurinos e sonoplastia.

Para as mudanças de cenários nos utilizamos do recurso de uma personagem, Carlitos (alusão a Charles Chaplin), para entrar e sair do palco

com materiais e adereços, fazendo as mudanças necessárias na frente do público, enquanto aproveitava pra brincar com os objetos e interagir com as pessoas, o que agradou muito as variadas plateias para as quais a peça foi apresentada. A peça foi apresentada dezenas de vezes, em diversos locais, nas cidades de Marília, Garça, Pompéia, Echaporá e Lins, todas no Estado de São Paulo. Cabe destacar que a historieta “Visita sempre dá prazer, se não é quando chega é quando sai”, concorreu no “Festival de Novos Talentos” do SESI de Marília e foi premiada no ano de 2003, tanto na primeira quanto na segunda etapa do Festival. Apresento aqui o trecho do início da peça:

ELZA- Ô, Diva, depressa, depressa, estamos atrasadas!

DIVA- Quem tem pressa come cru e frio. Já vou!

ELZA- Venha rápido! Elas estão esperando.

DIVA- Tudo bem. Quem espera sempre alcança.

ELZA- Mas cansa, também. Quem espera também cansa.

DIVA- Cansa? Mas elas estão sentadas!

ELZA- E vão continuar sentadas porque de pé cansa?

DIVA- Não. Só estou tratando aqui de um último detalhe que deveria ter feito ontem.

ELZA- Como? Você não sabe que não se deve deixar para amanhã o que se pode fazer hoje?

DIVA- Sei também que não se deve fazer hoje o que se pode deixar para amanhã porque o hoje é o amanhã de ontem.

ELZA- Paciência! Paciência! Mas vamos lá. E essa agora, heim? Fazer uma peça baseada em ditados populares.

DIVA- Eu não tenho idéia.

ELZA- Até perdi o sono esta noite!

DIVA- Pois eu até sonhei com os tais ditados.

ELZA- E o grupo já está lá reunido. Cada uma deve ter pensado em alguma coisa.

DIVA- E estão lá nos esperando. Ai, ai, ai...

ELZA- Calma, companheira! Eu estava apressando você mas agora estou mais tranquila. A união faz a força e estamos todas no mesmo barco.

DIVA- O duro é se o barco estiver furado.

ELZA- Calma! Não abandone o barco como os ratos em ameaça de naufrágio.

DIVA- É verdade. Eu não fujo da raia. Vamos lá. Ditos populares, ditos e desditos. A gente vive usando e nem se dá conta.

ELZA- Com certeza. Dizem que são sínteses da sabedoria popular.

DIVA- E às vezes do preconceito popular também. Depende do dito.

ELZA- Mas alguns... Aquele, por exemplo, do “quem conta um conto aumenta um ponto”, tem gente que é assim mesmo. Sempre dá uma aumentadinha no que ouviu.

DIVA- Ou aumenta ou distorce. Mas isso todo mundo faz um pouco, não faz?

ELZA- Nem todo mundo. Mas eu bem que conheci uma senhora, daquelas muito faladeiras, que aumentava todas as histórias. Se via uma fumacinha na brasa, ela alardeava um incêndio. Mas era muito boa gente. Que saudade da dona Tita! (CORDEIRO, 2003, p. 198-199)

A partir do ano de 2004, outro trabalho começou a ser desenvolvido, por meio de oficinas teatrais específicas, a fim de suscitem temas de interesse dos participantes, com jogos teatrais que visaram a estimular suas lembranças. Surgiu, assim, um tema para a elaboração de um espetáculo de variedades. O tema seria o sentimento amoroso, em suas várias faces: o amor romântico, o paternal e o filial, o fraternal e suas consequências: dor, alegria, ternura, paz, desalento, saudade, paixão, lembranças, encantos e desencantos.

Nas Oficinas e durante a elaboração do trabalho, os participantes falaram de suas vidas, compartilharam suas histórias de relacionamentos amorosos, trouxeram poemas, frases, trovas, anedotas e “causos” relacionados ao tema. Houve uma compilação e também uma seleção de depoimentos, poemas, músicas, contos e trovas relacionados ao sentimento amoroso. Feita a compilação e seleção, começaram a escrever o trabalho, finalizado no ano de 2006. Tratou-se de um espetáculo de variedades, com inspiração em velhos programas de rádio, e que possui doze cenas interdependentes. O trabalho foi montado e apresentado pela primeira vez pelo grupo no mês de dezembro de 2006 para um público aproximado de 250 pessoas. O Anfiteatro Mestre Xidieh, da UNESP, no qual o espetáculo foi apresentado, possui capacidade para cerca de 170 pessoas. Naquela noite, buscamos bancos e cadeiras extras para a acomodação das pessoas que lá estiveram presentes.

Neste trabalho, mais uma vez, o recurso de utilização das memórias e histórias de vida dos participantes em seus processos de criação teatral foi muito bem utilizado e propiciou a elaboração de um trabalho de incontestável qualidade, tanto do ponto de vista da montagem quanto das interpretações. Belíssimos figurinos foram escolhidos para a apresentação de uma coreografia que simulava um baile de máscaras. Ambientes oníricos serviram de cenário para algumas cenas, que contaram até mesmo com um vestido de noiva amarelado e suntuoso, de mais de sessenta anos. Uma cena do espetáculo, denominada de “Memórias de amores idos”, transformou-se

posteriormente num espetáculo à parte, que foi apresentado por inúmeras vezes em aberturas de eventos acadêmicos e congressos da UNESP.

Em “Memórias de amores idos”, duas idosas, amigas de longa data, contam como conheceram seus maridos, grandes amores de suas vidas e falam da saudade que sentem deles com a separação forçada pela morte. Uma delas conta que no terceiro mês de casamento seu marido lhe presenteou com três rosas brancas. Nas pétalas estava escrito “eu te amo”. No texto da peça, ela arremata: *“Romantismo exagerado? Pode até ser. Mas estas lembranças estão vivas em mim, até hoje. A gente era feliz e sabia”*. Nos anos de 2007 e 2008, a peça “Contando coisas de amor” foi apresentada em diversas ocasiões, inclusive na Noite dos Pioneiros, evento tradicional que faz parte das comemorações do aniversário de Marília, SP, do qual já tínhamos participado também no ano de 2000, com a peça “Os italianos”. O espetáculo completo foi gravado e televisionado pela TV Câmara de Marília.

No ano de 2008, uma nova peça teatral começou a ser gestada pelos (as) alunos (as). Várias ideias surgiram e a escolhida foi a de contarem uma história sobre pessoas comuns, mas que fossem tipos interessantes e variados que se encontrariam e travariam conversas, protagonizando situações em um bar familiar de um bairro de periferia, numa cidade de interior. A proposta era a de retratar um dia das vidas destas pessoas. A personagem mediadora e aglutinadora das conversas e situações seria Joana, a dona do bar, uma mulher batalhadora e viúva, ainda muito saudosa de seu marido, José, que deixou para ela o pequeno estabelecimento comercial. Joana cuida do bar, recebe as pessoas e conta com o auxílio de Tonico, seu fiel funcionário. O dia é especial, pois é o aniversário de Joana, que se recorda de seu grande amor, da vida boa e também sofrida, ao passo que recebe junto com Tonico os frequentadores do bar.

A partir do roteiro inicial, resultado e fruto de conversas e de trocas de opiniões, todos se dispuseram a pensar em situações que ocorrem tipicamente em um bar: bate- papo, beberagens, fofocas, “contação de causos”, histórias tristes e alegres, piadas, impertinências, melancolias e a solidariedade vencendo as tristezas e dores das pessoas comuns. Os assuntos surgiram aos poucos, nos momentos de Oficinas e de conversas sobre situações de bar, colhidas por meio das memórias dos participantes. Um de nossos alunos trouxe várias histórias e situações divertidas e engrá-

çadas, que foram incorporadas à peça. Dentre as cenas e situações, assuntos relacionados a futebol, esportes, casos de amor, fofocas sobre pequenos e grandes escândalos, desilusões, sonhos acalentados, músicas de outrora, gastronomia, religiosidade e filosofia aparecem na peça.

Esses assuntos são protagonizados pelas personagens que ora tem um nome, ora são tratadas por apelidos ou funções: as esportistas, que querem ir para as Olimpíadas de 2016; a filósofa, que é uma mulher misteriosa, pois não se sabe de onde vem, se mora na rua ou não; o ébrio, que foi responsável pela morte de seu grande amor; as fofocerias, que sempre possuem mil histórias para contar sobre a vida alheia; a cartomante, que vê o futuro cortando cartas e na bola de cristal; Antenor, beberrão que vive no bar e é arrastado de lá por sua esposa, Nena, que sempre o perdoa; Tiana, a candidata a vereadora não muito ética; Cristal, a cantora da noite que rememora as músicas que fizeram sucesso em décadas variadas do século XX, entre outras personagens.

A cotidianidade, os valores, as histórias de vida, vividas e “ouvidas” foram importantes elementos para a elaboração das personagens, das situações e dos assuntos da peça, que começou a ser elaborada no ano de 2008, ficou pronta no final de 2009 e foi intitulada de “Joana Fulô, a dona do bar”. O texto da peça é de criação coletiva e possui ótimas qualidades, do ponto de vista da escrita e das situações apresentadas. São mais de vinte personagens se revezando em cena, numa peça de cerca de uma hora de duração. O trabalho, no entanto, não foi apresentado, mas continua, mesmo que lentamente, em fase de montagem, devido a outros projetos menores que foram ao longo dos anos organizados pelo grupo, como os Sarau para apresentações em eventos acadêmicos e culturais da Universidade. Eis um pequeno trecho da peça “Joana Fulô, a dona do bar”:

JOANA: Ah...Joana Fulô... que saudades... Lembro-me como se fosse hoje: ele, José, meu finado marido, tomando um café com o padre Inácio, resolveram batizar esse meu estabelecimento comercial. E conversa vai, conversa vem, e eis Joana Fulô! Fiquei toda garbosa, porque não é todo dia que se lembram da mulher para valorizá-la, ainda mais com um nome tão romântico: “Joana Fulô”!

JOAQUIM: Ahhh Dona Joana, é muito romântico esse nome. Mas estamos num bar, lanchonete ou boteco?

(Antenor fala, já meio de fogo)

ANTENOR(Antônio): Ah, aqui é boteco mesmo... A gente sabe quando entra, mas não sabe quando e como sai! Se tiver uma coxinha com pimenta, vai bebendo, bebendo, cada vez mais! Ouvindo, então, uma musiquinha, ah! A coisa fica melhor ainda. A gente vai bebendo, bebendo e esquecendo as mágoas...

(Tônico fala em tom de brincadeira)

TONICO: Vejam só minha gente, o Antenor está virando poeta!

ANTENOR: Imagine se isso não é um boteco? Olha a salsicha, olha o ovo em conserva: tem que ser homem pra encarar!

(Mariana fala em tom de bajulação)

MARIANA: Ah, não! Isso é quase uma lanchonete. Olha o requinte! E olha a Dona Joana que bela! Além de que, em uma lanchonete vendem-se lanches, e ouvi dizer que dona Joana faz uns lanches deliciosos!

JOANA: Deixem de conversa fiada minha gente: nem boteco, nem lanchonete... É o bar da Joana Fulô. E o senhor, seu Antenor, todo prosa, fique sabendo que meu bar é simples, mas muito, muuuuito limpinho! Tem sempre tolha limpinha no banheiro, o lanche é feito no capricho que só eu sei fazer. Tem também calabresa acebolada que o bairro inteiro gosta! Bar, lanchonete ou boteco, seja lá o que for: representa um passado cheio de amor. Hoje, a saudade e a esperança me embalam e eu estou cada vez mais certa de que neste bar as pessoas são felizes. Logo mais, á noite, teremos cantoria para comemorar o meu aniversário.

ANTENOR: Lá isso é verdade! Aqui a gente é feliz. Me dê uma talagada dessa branquinha? Agora, um pouquinho pro Santo e o resto pra mim.”²

Concomitantemente com a peça “Joana Fulo, a dona do bar”, o grupo elaborou também os espetáculos “Sarau de poesias escolhidas” e “Sarau de poesias, contos e causos” da UNATI. Estes espetáculos possuíam uma característica comum: reuniram poesias de autores conhecidos e desconhecidos, contos, músicas e “causos” do interior do Estado de São Paulo, todos escolhidos pelos participantes do grupo. Um de nossos alunos, Antônio, inclusive, escreve poesias, trovas e histórias. Muitas delas foram declamadas nas apresentações. Um de seus escritos caracteriza bem o seu sentimento em relação ao Grupo e às Oficinas de Teatro da UNATI-UNESP, de forma bem humorada:

O galo

(Antônio Faria)

Antes do teatro

Eu era um galo triste no poleiro

² Esta peça não foi publicada e está em fase de montagem.

*Não cantava, não dançava, não ciscava no terreiro.
Entrei para o teatro e
Mudei a minha postura.
Para falar melhor troquei até a dentadura!
Hoje sou um galo feliz,
Canto e danço o dia inteiro.
Já me apresentei em São Paulo e até no Rio de Janeiro!"*

Músicas que fazem parte do repertório do grupo em momentos de descontração e de comemoração também passaram a fazer parte dos saraus. Uma delas é a música popular “Meu limão, meu limoeiro”, cantada em todas as comemorações dos aniversariantes do grupo, que ocorre uma vez por mês. A música entremeia os poemas:

*Meu limão,
meu limoeiro,
meu pé de jacarandá!
Uma vez tindolelê,
Outra vez, tindolalá!"*

Os saraus se encerraram, geralmente, com o poema “O moço”, de Moacyr Sacramento (2015). No ano de 2013 o grupo iniciou um novo trabalho, intitulado “Tecendo esperanças”. Este é um trabalho que envolve sonoplastia, expressão corporal, um roteiro minimamente definido, cuja temática é o sentimento de esperança do ser humano, envolto por vezes em tantas dores, necessidades, privações, misérias e amarguras. O trabalho se inicia tendo como trilha sonora a música “O amor é feio”, de Arnaldo Antunes. Pessoas desesperançadas entram no palco ao som da música: idosos, alienados, mendigos, drogados, saudosos, gente esquecida pela sociedade.

O sentimento amoroso, em forma de uma pessoa entra no palco e acaricia os rostos de cada pessoa solitária e desesperançada. Poemas e frases são ditos e aos poucos as pessoas, sem saírem do palco, ficam próximas à coxia, viradas de costas para o público.

Atores interpretando crianças entram no palco e começam a brincar. Rodopiam, repartem brinquedos, cantam, conversam. Ao som da música “Redescobrir”, de Gonzaguinha (2015), pessoas vão entrando no

palco e interagindo com as crianças e umas com as outras. A alegria toma conta de todos, que rodopiam, se abraçam, sorriem, vibram ao som da música, criando coreografias improvisadas. O espetáculo “Tecendo esperanças” está ainda em fase de conclusão, mas já foi apresentado no final do ano de 2013, para uma plateia aproximada de cem pessoas.

Acreditamos que este trabalho pode ser considerado a síntese do que temos feito nos anos de existência das oficinas: experimentação, criação, técnica, busca de inovação levando-se em consideração a cotidianidade e histórias de vida dos integrantes do grupo; trabalho coletivo, respeitoso das individualidades e esperançoso de dias melhores, sempre.

As Oficinas mostram caminhos metodológicos seguros para que a criação teatral ocorra: o diálogo, a interação e o jogo teatral, que tem como base o improviso, uma situação problema que precisa ser resolvida no palco. Os alunos criam a partir de inúmeras propostas envolvendo o corpo, os sentidos, o toque, a memória, a cotidianidade. Subdividir-se em grupos e criar cenas curtas a partir de três ou quatro personagens dadas, a partir de uma frase, de um dito popular ou de uma situação apresentada foram e são propostas que surtiram e surtem o esperado efeito de levar os participantes a processos de criação mais complexos, como a elaboração de textos individuais e coletivos, roteiros, esquetes, espetáculos de variedades e peças teatrais. Ao adentrarem no palco, as mais variadas falas e emoções foram e são relatadas por cada participante. Em 2002, ao estrearmos a peça “Ditos, desditos e não ditos” uma de nossas alunas disse o seguinte: “*Pisar no palco aos sessenta anos, é mais do que um ato de coragem. É um ato de bravura.*” Nos ensaios da peça ela dizia: “*Estou nervosa sim, mas não quero ter medo de ser feliz*”.

As histórias de vida, acontecimentos pessoais se entrelaçam a uma história maior e coletiva, na qual o respeito às individualidades sempre foi essencial para que o trabalho em grupo ocorresse. Numa das experiências de escrita do grupo, os integrantes deveriam escrever o que significava viver, a partir da complementação da questão “Viver é...?” Reproduzimos aqui alguns trechos de escritos individuais dos integrantes do grupo:

- *Ter saudade!*
- *Ter lembranças de todos os momentos de nossa vida.*
- Gostar de aprender sempre, seja o que for. Seja como preparar um prato na cozinha ou como arrumar as flores num vaso. (Elza)*

...saber amar, sem distinção.

...saber estar sempre alegre, porque tristeza não nos leva a nada.

...saber procurar o que desconhecemos para poder servir. (Odette)

Estar aberta a toda experiência.

A vida é um contínuo aprender, desde que nascemos até o último suspiro. Por isso, devemos aproveitar muito, tanto no conhecimento como nas alegrias que a vida pode nos dar, para que amanhã, ao olharmos para trás, não nos sintamos arrependidos por coisas que deixamos de fazer. Viver é ter alegria mesmo que com coisas pequeninas.

Nem sempre a vida é só alegria, mas devemos também nos lembrar, que existem momentos de sofrimento, de saudade, mas que o tempo também cicatriza feridas. (Urânia)

A partir de propostas como esta, inúmeros textos coletivos tomaram forma. Muito mais que participantes de um grupo de teatro no qual se encenariam peças para apresentações a vários públicos, os integrantes criaram laços que se estreitaram e se transformaram em amizades desde então. Tal entrosamento facilitou os processos de criação e todos os conhecimentos e habilidades pessoais foram postos a serviço do trabalho de criação coletivo. Mesmo as datas festivas, as comemorações de aniversariantes tornaram-se momentos de criação pessoal e coletiva, com organização de saraus e eventos culturais que passaram a ocorrer também nestas ocasiões. Os aniversariantes eram homenageados com poemas, trovas ou acrósticos elaborados especialmente para eles. Um exemplo, no início de uma comemoração de aniversariantes: “*Traga força e chegue cedo, para a coisa desenrolar. Venha forte, vem sem medo; se não souber o texto, comece logo a cantar!*”

Assim, por anos, os integrantes das Oficinas de Teatro da UNATI - UNESP criaram um grupo coeso, com um trabalho consistente de criação teatral coletiva, tendo realizado ao longo desses anos centenas de apresentações teatrais para os mais diversos tipos de público, em inúmeras cidades do interior paulista. Os palcos foram os mais diversos e até mesmo as ruas e o Terminal Rodoviário do município de Marília foram por vezes os lugares privilegiados para as apresentações teatrais.

Apesar do envelhecimento constante e inclusive de perdas e separações causadas pela morte ou mudanças de cidade de alguns membros do grupo, causa de dor e sofrimento, mas também de força para seguir em fren-

te, contamos com a participação de pessoas sempre dispostas a vencer obstáculos e seguir em frente. Enfrentam barreiras, tais como as da locomoção, de doenças próprias da idade, que por vezes impedem que todos estejam juntos, mas continuam firmes no propósito de levar sua arte a todos os que puderem apreciá-la. São pessoas que estão sempre redescobrindo o prazer de viver. Não à toa, a música que fecha o último trabalho do Grupo é “Redescobrir”, de Gonzaguinha (2015), que traduz bem o elemento lúdico presente no trabalho e nos processos de criação teatral coletiva:

*Como se fora brincadeira de roda, memória!
Jogo do trabalho na dança das mãos, macias!
O suor dos corpos na canção da vida, história!
O suor da vida no calor de irmãos, magia!*

*Como um animal que sabe da floresta, perigosa
Redescobrir o sal que está na própria pele, macia
Redescobrir o doce no lamber das línguas, macias
Redescobrir o gosto e o sabor da festa, magia!*

*Pelo simples ato de um mergulho ao desconhecido mundo que é o coração.
Alcançar aquele universo que sempre se quis e que se pôs tão longe na
imaginação.*

*Vai o bicho homem fruto da semente, memória
Renascer da própria força, própria luz e fé, memória
Entender que tudo é nosso, sempre esteve em nós, história
Somos a semente, ato, mente e voz, magia!*

*Não tenha medo, meu menino povo, memória
Tudo principia na própria pessoa, beleza
Vai como a criança que não teme o tempo, mistério
Amor se fazer é tão prazer que é como se fosse dor, magia!”*

CONCLUSÃO

Neste capítulo relatei a experiência teatral e de criação coletiva do Grupo de Teatro que se formou a partir das Oficinas de Teatro da UNATI - UNESP de Marília. Como já apresentado, os objetivos do trabalho vão além de levar a pessoa idosa a interpretar um papel em uma peça teatral, mas os de levá-la a criar textos originais coletivamente, a participar do meio acadêmico e de todo o processo de montagem de um trabalho teatral.

Desta forma, com os anos de convivência com os participantes e trabalho junto às Oficinas de Teatro da UNATI - UNESP creio que alcançamos o sonho de Boal (1991): o de que o teatro seja do povo e feito por todos. Diz ele que

No princípio o teatro era o canto ditirâmbico: o povo livre cantando ao ar livre. O carnaval. A festa. Depois as classes dominantes se apropriaram do teatro e construíram muros divisórios. Primeiro, dividiram o povo, separando atores de espectadores: gente que faz e gente que observa. Terminou-se a festa! Segundo, entre os atores, separou os protagonistas das massas: começou o doutrinamento coercitivo. O povo oprimido se liberta. E outra vez conquista o teatro. É necessário derrubar muros! (BOAL, 1991, p. 135)

Creio que, ao longo destes anos, muitos muros foram derrubados: as barreiras da idade, as do preconceito, das dificuldades frente aos desafios postos, das perdas, do medo do palco, do medo de criar, da desesperança. Delicadas tramas foram tecidas, a vida foi intensa, bela, emocionante e transbordante nos muitos palcos, para muitas plateias, nos muitos olhares que se cruzaram. Encontros de gerações ocorreram; a idade, em inúmeras situações, foi um mero detalhe, ultrapassado pela alegria de conviver e de ser com o outro.

Nas Oficinas, navegamos por mares de sonhos e de criação. Conflitos, dores e desesperança também existiram. Perdemos amigos, levados pela morte ou por mudanças de vida ou de estado de saúde: “coisas da idade, coisas da vida”, diria o senso comum. Mas quando estamos juntos, alguns relatos mostram o bem que a convivência pela arte faz:

Aqui me esqueço até das dores!”(Lourdinha) ; “*É muito bom encontrar os amigos, isso é também uma terapia!*”(Alzira); “*Nosso grupo é demais, quanta criatividade!*”(Regina) ; “*Hoje sinto minha memória mais ativada, com essa tarefa de decorar um texto. Tanto é que agora se eu leio um texto eu paro um pouquinho e consigo relembrar o que eu estava lendo, ao passo que há tempos atrás quando eu ainda não estava no teatro eu lia, mas passava um tempo eu não me lembrava de tudo o que eu lia. Hoje sinto que ativou a minha memória. Então eu acho muito positivo o teatro* (Alice).

Também é importante relatar neste capítulo que o Projeto “Oficinas de Teatro da UNATI – UNESP de Marília”, além do trabalho de extensão,

ensino e educação permanente, gerou pesquisa, apresentada em forma de Tese de Doutorado, intitulada “Oficina de Teatro da UNATI – UNESP de Marília: A arte e o lúdico como elementos libertadores dos processos de criação da pessoa idosa”, de minha autoria, bem como capítulos de livros e trabalhos completos apresentados em inúmeros eventos científicos. Também cabe destacar que o Projeto contou ao longo dos anos com alunas bolsistas e voluntárias, dos Cursos de Pedagogia e de Terapia Ocupacional. Esse contato com jovens graduandas foi essencial para o trabalho intergeracional e para a desconstrução de preconceitos em relação à pessoa idosa.

Creio que estamos prontos para outras, para muitas, para emocionantes histórias que abrirão novos capítulos sobre as Oficinas de Teatro da UNATI e sobre nossas próprias vidas, entrelaçadas a outras tantas por meio da arte e da criação teatral. Já temos quinze anos de história, mas, ah, o tempo, o que é o tempo? Talvez nossa aluna Lourdinha, de 90 anos, ao declamar lindamente o poema *O moço*, de Moacyr Sacramento (2015), possa nos responder:

O Moço

*Não me perguntam quantos anos tenho, e, sim,
quantas cartas mandei e recebi.
Se mais jovem, se mais velho...o que importa,
se ainda sou um fervilhar de sonhos,
se não carrego o fardo da esperança morta...*

*Não me perguntam quantos anos tenho, e sim,
quanto beijos troquei - beijos de amor!
Se a juventude em mim ainda é festa,
se aproveito de tudo a cada instante,
e se bebo da taçagota a gota...
Ora! Então pouco se me dá quanta gota resta!*

*Não me perguntam quantos anos tenho, mas...
queiram saber de mim se criei filhos,
queiram saber de mim que obras fiz,
queiram saber de mim que amigos tenho,
e se alguém pude eu tornar feliz.*

*Não me perguntam quantos anos tenho, mas...
queiram saber de mim que livros li,
queiram saber de mim por onde andei,*

*queiram saber de mim quantas histórias,
quantos versos ouvi, quantos cantei.*

*E assim, somente assim, todos vocês,
por mais brancos que estejam meus cabelos,
por mais rugas que vejam em meu rosto,
terão vontade de chamar “O Moço!”*

*E, ao me verem passar aqui...alí...
não saberão ao certo a minha idade,
mas saberão, por certo, que eu vivi!
(Moacyr José Sacramento)*

REFERÊNCIAS

- BEAUVOIR, S. *A velhice: a realidade incômoda*. São Paulo; Rio de Janeiro: DIFEL, 1976.
- BOAL, A. *Teatro do Oprimido e outras Poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Queiroz, 1979.
- CHACRA, S. *Natureza e sentido da improvisação teatral*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- CORDEIRO, A. P. *Oficinas de Teatro da UNATI - Unesp de Marília: a arte e o lúdico como elementos libertadores dos processos de criação da pessoa idosa*. 2003. 247f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marilia, 2003.
- COURTNEY, R. *Jogo, teatro e pensamento*. São Paulo: Perspectiva, 1980.
- LABAN, R. *Domínio do Movimento*. São Paulo: Summus, 1978.
- NASCIMENTO JR. Luiz Gonzaga do. Disponível em: <http://www.roletamusical.com.br/musicas/redescobrir-gonzaguinha.php> Acesso em 25 nov 2015.
- SACRAMENTO, M. O moço. *Gazeta do racionalismo cristão*. Disponível em: <<http://www.racionalismo-cristao.org.br/gazeta/poesia/moacyr1.html>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- SPOLIN, V. *Improvização para o teatro*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1986.

REUNIR-SE EM TORNO DO ATO DE LER: QUE SIGNIFICADO ISSO TEM?

Arlêta Nóbrega Zelante

Célia Regina Guedes Licas

Cristina Tisuko Maeda Saito

Dirceu Silva

Flanir Valente

Iraci Pereira Mesquita Melo

José Carlos Caetano

José Sidnei Bastos

Maria Ivone dos Santos Pandolfi

Orciza C. Salgado

Sonia Adorno

Stela Miller¹

INTRODUÇÃO

“Ler é uma viagem” já foi mote de propaganda para a leitura. De fato, a leitura de um livro qualquer nos transporta ao universo representado em suas páginas impressas. Se é um livro de aventuras, vivenciamos, por alguns momentos, situações experimentadas pelos personagens criados pela fértil imaginação do escritor. Se é um drama, e um personagem sofre, sofremos junto com ele. Se é comédia, nos alegramos e rimos das situações que encontramos expressas em palavras. Criamos, então, um universo paralelo, visitado sempre que estamos diante de um livro aberto; só quando o fechamos, nos descobrimos novamente de volta ao mundo real.

Essa volta, indubitavelmente, nunca é para o mesmo mundo, porque, no processo de buscarmos a significação para o lido, voltamos di-

¹ Coordenadora

ferentes, com mais conhecimentos, com nova visão das coisas, novos pensamentos; com vivências ampliadas pela incorporação das experiências do outro no plano da imaginação; sensibilizados pelas situações descritas e pelas ações praticadas pelo outro, e, com tudo isso, nosso olhar para o mundo se altera; ele passa a ser compreendido e sentido de forma diferente pela nossa subjetividade, apresentando-se a nós como um mundo diferente.

Podemos encontrar a razão de tais transformações no fato de que “os atos de compreensão envolvidos no processo de constituição do significado capacitam o leitor a refletir sobre si mesmo e a descobrir um mundo a que até então não tivera acesso.” (ZILBERMAN, 2001, p. 52). Experimentamos a alteridade e, nela, encontramos espaço para pensarmos sobre questões que nos afetam, que nos sensibilizam, embora não façam parte de nossas relações efetivamente estabelecidas no meio em que vivemos, mas que se nos apresentam no universo ficcional do texto criado pela imaginação do autor.

Wolfgang Iser² (apud ZILBERMAN, 2001, p. 52), a esse respeito, diz: “[...] pensar pensamentos de outros não quer dizer apenas compreendê-los; tais atos de compreensão só podem ser bem sucedidos se eles ajudam a formular alguma coisa em nós”. Isso implica que o ato de compreensão envolve a capacidade para estabelecer o significado de uma dada situação, mas, ao mesmo tempo, provoca, pela inteligibilidade obtida, uma reação emocional no leitor, tocando sua sensibilidade e afetando seu pensamento a respeito da realidade que o cerca. Cognição e afeto caminham juntos, de forma inter-relacionada, na produção não apenas dos significados, conseguidos pela internalização das informações contidas no texto objeto de leitura, mas também dos sentidos pessoais construídos a respeito daquilo que o leitor, por meio das vivências experimentadas no exercício da alteridade, percebe e sente de tudo o que leu.

Nessa relação dinâmica entre texto e leitor, este se configura, em contrapartida, como o agente que dá significado à obra, pois ela só se torna completa ao ser lida e compreendida pelo leitor. Nesse processo, “nenhum leitor absorve passivamente um texto; nem este subsiste sem a invasão da

² ISER, Wolfgang. *The act of reading: a theory of aesthetic response*. Baltimore (London): John Hopkins University Press, 1978.

quele, que lhe confere vida, ao completá-lo com a força de sua imaginação e o poder de sua experiência.” (ZILBERMAN, 2001, p. 51).

Ao definir obra de arte literária, Anatol Rosenfeld¹ (apud CUNHA, 1999, p. 56) afirma: “A obra de arte literária é a organização verbal significativa da experiência interna e externa, ampliada e enriquecida pela imaginação e por ela manipulada para sugerir as virtualidades desta experiência.” Ao criar, o autor serve-se de toda a sua experiência adquirida por sua participação no mundo em que vive, e, tomado-a, utiliza o filtro de sua subjetividade para construir personagens, fatos, circunstâncias, enredos e realidades, pela via de sua imaginação criadora, que, embora tenha uma base objetiva sobre a qual se sustenta, cria um mundo ficcional em que as vivências do outro são virtualmente as do próprio leitor no momento em que se encontra realizando o ato de ler. Depois de concretizar esse ato, o leitor retorna ao mundo real, de onde temporariamente saiu, com algo a mais que o diferencia de seu modo de ser anterior à leitura feita, uma vez que, como afirma Rosenfeld² (apud CUNHA, 1999, p. 57), “[...] a literatura amplia e enriquece a nossa visão da realidade de um modo específico. Permite ao leitor a vivência intensa e ao mesmo tempo a contemplação crítica das condições e possibilidades da existência humana”.

Manguel (2012) falando de suas impressões acerca da leitura que fazia da obra do poeta Walt Whitman afirma que, para este último,

[...] texto, autor, leitor e mundo espelhavam-se uns aos outros no ato da leitura, um ato cujo significado ele expandiu até que servisse para definir cada atividade humana vital, bem como o universo no qual tudo acontecia. Nessa conjunção, o leitor reflete o escritor (ele e eu somos um), o mundo faz eco a um livro (livro de Deus, livro da Natureza), o livro é de carne e sangue (carne e sangue do escritor, que mediante uma transubstancialização literária se tornam meus), o mundo é um livro a ser decifrado (os poemas do escritor tornam-se minha leitura do mundo). (MANGUEL, 2012, p. 196).

Viver esse tipo de experiência vicária tem sido uma necessidade na vida de muitas pessoas, como foi para Manguel, que construiu, a partir de suas vivências como leitor, “uma história da leitura” (MANGUEL,

¹ ROSENFELD, Anatol. *Estrutura e problemas da obra literária*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

² Ibidem.

2012). Em dado momento dessa “história”, Manguel expressa sua convicção de que “todos lemos a nós e ao mundo à nossa volta para vislumbrar o que somos e onde estamos. Lemos para compreender, ou para começar a compreender. Não podemos deixar de ler. Ler, quase como respirar, é nossa função essencial.” (MANGUEL, 2012, p. 20).

Essa necessidade moveu, desde o ano de 2000, um grupo de pessoas a unirem-se em torno do ato de ler, no interior do Projeto UNATI – Universidade Aberta à Terceira Idade – da Faculdade de Filosofia e Ciências –UNESP – Campus de Marília (um projeto de extensão vinculado à PROEX que visa à inserção social do idoso no meio acadêmico). Orciza C. Salgado, uma das participantes desse grupo que o integra desde o início de sua existência, conta-nos o que considera, em suas palavras, “*Um pouco da história do grupo*”:

Começou com o nome pomposo de “Biblioterapia”; depois, por outras razões, ficou “Oficina de Leitura”. Gosto mais desse nome; antes parecia não sei o quê, e “oficina” não parece sala de aula.

Quando comecei era de terça-feira às 14 horas; depois, foi para as 16 horas até as 17 horas e, às vezes, era até as 20 horas. Teve muitas fases, muitos formatos, muitos alunos; foi se modificando, os alunos foram saindo; chegou um tempo que só tinha dois alunos: eu e Iraci. De repente, ela também desapareceu.

Outros anos, outros alunos, outras greves, a escola fechada; então resolvemos fazer as reuniões em nossas casas, na padaria, na lanchonete, e assim foi vindo sem nunca perder o que acho principal: um lugar de encontro com pessoas queridas, num ambiente de alto nível. (Orciza C. Salgado).

No movimento de entrada e saída de seus membros, que renovam suas inscrições a cada ano, alguns chegam e depois se vão, por vários motivos. E, em um desses momentos, desafortunadamente, o grupo perdeu Luís Ortoloni, que partiu sem nos dizer adeus, deixando em cada um as lembranças de seus poemas, depoimentos, sorrisos e amizade sincera.

Na “Oficina de Leitura”, onde o grupo se reúne em torno do ato de ler, textos literários, ou não, são lidos e comentados por seus participantes, e, para que fique registrada a memória desses momentos, também são redigidos, eventualmente, textos de sínteses, crônicas, poemas, paráfrases, paródias, e o que mais é decidido em cada etapa de trabalho.

Para este capítulo, interessa-nos mostrar ao leitor o significado da participação de cada um dos membros do grupo na “Oficina de Leitura”, o que fazemos por meio da reprodução dos depoimentos que foram dados pelos participantes dessa “Oficina”. É o que veremos a seguir.

A “OFICINA DE LEITURA” E SEU SIGNIFICADO PARA ALUNOS DA UNATI

Iraci, como Orciza, uma das que iniciaram o que se constituiria como “Oficina de Leitura”, com seu jeito poético de exprimir ideias e fazer comentários, explicita o que é, para ela, o significado que tem a “Oficina” para sua vida:

OFICINA DE LEITURA ou AMIGOS DAS 3^{as} FEIRAS À TARDE: O que é? Como explicar?

Tem atos na vida da gente que, uma vez aprendidos, não têm como explicar.

Uma pessoa, com exceção de casos patológicos, consegue, assim num repente, explicar o que é andar, comer, respirar?

Nossa primeira respiração é tão inusitada, dolorida, que choramos desesperados ao fazê-la. Momentos seguintes, já não conseguimos viver sem respirar e logo queremos engolir algo diferente do ar.

Passamos ao alimento com muita vontade e depois de alguns engasgos não nos esquecemos mais.

Como é mesmo que se respira, se come? Pra que respirar? Pra que comer?

Dá pra explicar o que é andar? Um pé após o outro, jogar o corpo pra frente com cuidado ou não, com medo ou não. Como é isto?

E dormir? Quer coisa mais inexplicável? Muitas vezes choramos para não dormir principalmente nas primeiras noites ou anos. Mais para frente, choramos para dormir nem que seja um pouquinho por noite.

Não dá para ser diferente. Não tem como explicar.

Assim foi com a Oficina de Leitura ou Grupo de amigos das terças à tarde. Um primeiro susto – o primeiro alimento. Depois outro, mais outro e mais um pouco, e eis que os sorrisos, as falas, os silêncios, as broncas e os abraços amigos se transformam em textos vivos que não nos permitem deixar de lado o ato de ler.

Ler as letras, os olhares, os gestos, o calor, o amor...

Não sei explicar o que significa isto. Sei viver. Melhor, não sei e nem quero desaprender o ato tão gostosamente aprendido. (Iraci Pereira Mesquita Melo)

O ato de ler em grupo e todas as modalidades de ações que se instalaram a seu redor são vitais para ela, assim como o são o respirar, o alimentar-se e o dormir. A leitura dos textos e a leitura de tudo o que acontece ao redor dela, incluindo “os sorrisos, as falas, os silêncios, as broncas e os abraços amigos”, transformam-se em elementos vitais de sua existência. Ler, nesse espaço, é “Ler as letras, os olhares, os gestos, o calor, o amor...” É vida.

Sidnei, o mais recente participante da “Oficina de Leitura”, explica: “A UNATI foi algo de bom que encontrei em minha vida, atualmente”. (José Sidnei Bastos)

Mais especificamente, a respeito de sua participação no grupo, argumenta: “A “Oficina de Leitura” me mantém atento e desperta meu interesse e imaginação em seus vários aspectos.” E, num gesto de reconhecimento pelo acolhimento que teve no grupo, dirige-se a seus componentes: “Estou realmente satisfeito de estar aqui com vocês.”

Dirceu, há mais de uma década participando da “Oficina de Leitura”, assim se expressa:

De minha parte, a “Oficina de Leitura”, ou Sala de Leitura, representa três aspectos distintos: solidariedade, companheirismo e busca de conhecimentos.

Nela, estou aprendendo a viver bem, desfazendo-me da pecha da velhice em um grupo de idosos, que pensam diferente, mas com o mesmo ideal.

Descobri possibilidades de desenvolvimento da memória, pensando, refletindo e criando bons hábitos de leitura, o que me deixou mais bem informado e atualizado e está permitindo um crescimento potencial mesmo que tardio, embora saiba que para o aprendizado nunca é tarde.

Aprendi que sempre é tempo de produzir de acordo com nossas possibilidades, e vejo o otimismo de cada participante de forma contagiosa e se agiganta dia a dia, e nestas participações todos convencem e são convencidos.
(Dirceu Silva).

Anatol Rosenfeld³ (apud CUNHA, 1999, p. 57-58), falando especificamente sobre a função da literatura, afirma que “a literatura é o lugar privilegiado em que a experiência ‘vivida’ e a contemplação crítica coincidem num conhecimento singular, cujo critério não é exatamente a ‘verdade’ e sim a ‘validade’ de uma interpretação profunda da realidade

³ Ibidem.

tornada em experiência.” Essa possibilidade explica a razão pela qual, ao lemos, ampliamos e tornamos mais enriquecida nossa experiência, nossa visão de mundo, nossa capacidade de perceber e avaliar criticamente os fatos e de atuar de modo a transformar a realidade em que estamos inseridos.

Dirceu, em seu depoimento, faz, ainda, considerações a respeito do grupo que compõe a “Oficina de Leitura”:

Participo da UNATI há treze anos, participei de quase todas as oficinas, mas a de leitura me prendeu, e cada dia que passa eu observo que o tempo representa oportunidades de novas aquisições, pois o grupo é presente e dinâmico.

A oportunidade de convivência com um grupo onde cada um traz experiências acumuladas pelo tempo, e procura expor suas ideias e seus sentimentos de valores que possuem agregados é de importância fundamental. (Dirceu Silva)

Para falar sobre o significado que a “Oficina de Leitura” tem em sua vida, Célia aborda, inicialmente, seu fascínio pelos livros:

O mundo da leitura me fascinou muito na juventude. Além dos livros sugeridos pelos professores, eu e algumas amigas sempre comprávamos livros de romances, trocávamos entre nós e até fizemos parte do Círculo do Livro por vários anos. (Célia Regina Guedes Licas)

Tendo tido a necessidade de assumir outros projetos em sua vida, o contato mais assíduo com a leitura retornou com a “Oficina de Leitura”:

Com a chegada da vida adulta, meu tempo era quase todo tomado pelo trabalho, a família e enfim outras prioridades. Hoje tenho, por intermédio da Oficina da Leitura, o privilégio de dedicar algumas horas por semana exclusivamente à leitura, a debates sobre alguns autores e suas diferentes formas de expressão e também receber indicações de leituras interessantes.

A reunião se faz às terças-feiras ao redor de uma mesa cheia de livros, artigos, pessoas interessantes, risos, e “comes e bebes”.

Resgatar o interesse pela leitura foi o principal objetivo de minha participação na Oficina de Leitura, mas ela é mais que isso. (Célia Regina Guedes Licas)

Como se vê, uma vez estabelecido o vínculo com a leitura, ele nunca se perde. José Mindlin, famoso por sua condição de bibliófilo obstinado, explicava assim sua voracidade por livros:

Existe um certo conteúdo patológico no gosto pela leitura e na compulsão de comprar livros, mas é uma coisa que faz sentir bem, em vez de fazer sentir mal, e, além disso, é incurável: depois de começar, não se pára mais. (MINDLIN, 1999, p. 101).

Caetano, assim como Célia, expressa seu apreço pelos livros e pela leitura, quando inicia sua fala sobre a importância da “Oficina de Leitura” em sua vida:

Comecei minhas leituras logo que aprendi a ler, e isso aconteceu aos meus seis anos de idade. Eu frequentava assiduamente a Biblioteca de meu Grupo Escolar onde após a leitura tínhamos que fazer um resumo do texto lido. Essa atividade fez com que eu também aprendesse a escrever, além de melhorar meu vocabulário. (José Carlos Caetano)

E continua sua explanação, contando a sua “história de leitura”, da infância à fase adulta:

Livros de histórias infantis, contos de fadas e até “gibis” (revistas em quadrinhos que meu pai tanto abominava) fizeram parte de minha educação extra-curricular durante a infância.

Na adolescência, ainda morando no interior, li artigos de revistas, contos, reportagens, romances, livros didáticos e livros de ficção científica. Além disso, sempre gostei de História Universal e da História do Brasil. Nas aulas de português eu me destacava pelos textos escritos muito embora a gramática nunca tenha sido meu forte.

Quando adulto, da época da Faculdade até a vida profissional, já na Grande S. Paulo, eu passei a ler muito sobre Realismo Fantástico, Enigmas, Ufologia, Esoterismo, Autoajuda, etc... Eu era um comprador assíduo do “Círculo do Livro”, cujo representante visitava o Clube da empresa que eu trabalhava todos os meses, para fazer os pedidos e entregas; havia também entrega de brindes para os leitores mais assíduos.

Eu estava sempre à procura de explicações para fatos estranhos e bizarros, porém havia uma frustração por ter poucas pessoas com quem discutir e trocar ideias a respeito desses assuntos.” (José Carlos Caetano).

Na sequência, Caetano fala de seu ingresso na “Oficina de Leitura”:

Aposentado, vim para Marília, onde, após um ano de residência, entrei na UNATI, sendo muito bem recebido pelos jovens estagiários da época. Logicamente que primeiramente me matriculei na Oficina de Leitura, além de ter feito várias oficinas tais como de Pintura em Tecidos, Filosofia, Contação de Histórias, Tai-chi-Chuan, Memória, Oficina de Voz e outras. (José Carlos Caetano).

Afinal, relata o seu ponto de vista sobre a *UNATI* e a “Oficina de Leitura”:

A UNATI é um “lugar” onde podemos manter nossa mente em contínuo funcionamento e em plena forma, além de fortalecermos a amizade e cooperação com os alunos de todas as faixas etárias e professores da UNESP.

Na Oficina de Leitura encontrei o que mais tinha procurado: pessoas de diversas formações com pontos de vistas distintos e muita experiência de vida para relatar.

Esta Oficina é a que mais me dá prazer, mesmo quando eu só tenho a ouvir o que os outros têm a dizer. O clima é fantástico: muita amizade e tolerância mesmo nos casos de discussões mais calorosas, onde se defendem pontos de vistas conflitantes.

Os professores que coordenaram e coordenam as atividades dessa oficina têm mostrado muita competência e conhecimento de Literatura em Geral e excelente trato com as pessoas. (José Carlos Caetano).

Uma das realizações dos participantes da “Oficina de Leitura” foi a construção de um “blog”. Caetano revela isso em seu depoimento:

Nessa Oficina temos também o nosso Blog (contoprosa.blogspot.com) onde podemos expor nossos escritos e opiniões e também relatar os resultados de nossos estudos, leituras e discussões. (José Carlos Caetano).

E sintetiza sua avaliação sobre o valor que para ele tem ser membro da “Oficina de Leitura”: “*O melhor de tudo é que continuamos jovens de espírito.*” (José Carlos Caetano).

Cristina, a exemplo de Caetano e Célia, expressa sua paixão pelo ato de ler, que se estabeleceu desde muito cedo em sua vida:

Desde que aprendi a ler, não parei mais. Lembro-me que, quando era criança, li várias vezes uma coleção sobre a história do Duque de Caxias que havia lá em casa. Naquele tempo, não tínhamos tanto material de leitura de que dispomos hoje. A paixão pela leitura sempre me acompanhou nas decisões que tive de tomar ao longo da vida. Saí de minha pequena cidade natal para estudar Letras aqui em Marília, tornei-me professora de Português e Inglês e, depois de trabalhar em escola pública por mais de 25 anos, me aposentei. Atualmente me dedico a várias atividades de que sempre gostei como participar de Coral e praticar ioga; porém, sem sombra de dúvida, as atividades que considero mais prazerosas são as relacionadas ao ato de ler: meu trabalho de revisão de texto e, especialmente, a oficina de leitura. Neste espaço, tenho o privilégio de compartilhar ideias, criar vínculos de amizade e, sobretudo, aprender ou apreender a difícil arte de “envelhecer”. (Cristina Tisuko Maeda Saito).

Por seu turno, Orciza ressalta a importância que tem para ela o coletivo e as relações que se estabelecem dentro dele:

A Oficina de Leitura significou e significa muito. Conheci tudo, aulas, colegas, professora, numa fase difícil. O contato com colegas que aos poucos foram se tornando queridos, amigos, companheiros, me ajudando a enfrentar uma situação sem retorno. As horas aqui passadas foram e são sempre prazerosas, num ambiente de alto nível cultural, social.

Temos e tivemos mestras dedicadas que, sem a obrigação de passar conteúdos, nos enriquecem a cada encontro na troca de conhecimentos com o grupo. (Orciza C. Salgado).

De fato, constituímo-nos como subjetividades por meio de nossas relações com outros, no plano intersubjetivo. Como argumenta Vygotski (2000, (p. 149), “[...] passamos a ser nós mesmos através de outros”, e acrescenta; “[...] A personalidade vem a ser para si o que é em si, através do que significa para os demais.” E isso ocorre não apenas quando somos pequenos e estamos nos desenvolvendo como seres humanos, mas ao longo de toda a nossa existência. Aprendemos sempre, e sempre com os outros. Às vezes o outro está fisicamente presente nos processos interativos e, outras vezes, ele se apresenta distanciado no tempo e no espaço, mas, ainda assim, por meio de seus escritos, favorecendo momentos de interação com suas idéias, suas emoções, sentimentos, visão de mundo, etc. Daí a importância de que se reveste o ato de ler.

Flanir, pondo em relevo a importância da leitura, assim se expressa em seu depoimento:

Desde pequena gostava muito de ler, pesquisar, inquirir a natureza, conferir o que via com o conteúdo dos livros. Lembro que nessa época eu achava que a terra era plana... Sempre fui incentivada pelo meu irmão mais velho, por minha família, pelos professores de Penápolis – onde nasci-, pelo grupo de Teatro que participei quando adolescente.

E os assuntos que gostava de ler, que me interessavam, eram variados. De astronomia a Seleções Reader's Digest, revistas antigas (Capricho, Ilusão) a fotonovelas (não tinha televisão). Depois de lidas as revistas, os amigos trocavam entre si edições diferentes, então algumas iam ficando meio sujas, rasgadas, por passar de mão em mão.

Nas encyclopédias Balsa, Caldas Aulete, Delta Larousse, quantas pesquisas fiz. Hoje estão sendo substituídas por leituras digitais. Apesar de ter trabalhado com informática, acho que nunca vou perder o gosto por cheiro de livros. Mesmo que antigos, desgastados pelo tempo. De folheado-lo, fazer algumas anotações a lápis num cantinho de uma página. (Flanir Valente).

Em seu depoimento, Flanir conta-nos como tomou conhecimento da UNATI e da “Oficina de Leitura” e narra suas impressões após ter já concretizado sua inserção nela:

Há dois anos mudei para Marília, vindo de Brasília, onde vivi 35 anos. Depois de aposentada decidi, por vários motivos, voltar ao interior de São Paulo.

Não foi fácil chegar à cidade, tendo poucos familiares aqui. E tendo deixado para trás toda uma vida. Sem querer, eu resistia a essa nova fase da minha vida.

Uma das coisas que me deixava inquieta é que em Brasília tinha participado de vários grupos de estudos, e aqui precisava de algo que me incentivasse mais e mais à leitura, à pesquisa, principalmente em grupo, pois as pessoas podem nos instigar o pensamento com mais força que se fizermos isso individualmente.

Um dia, numa cabeleireira, perguntei se ela sabia de algum grupo de Marília que fazia esse tipo de atividades, pois é uma cidade com muitas universidades. Bingo! Perguntei para a pessoa certa. Acho que por um desses acasos felizes que os Deuses nos presenteiam. Ela me indicou o nome de uma pessoa que participava de um grupo de leitura. Pedi a ela que passasse, por favor, meu telefone a ela. Em pouquíssimo tempo ela me ligou. Essa pessoa se chama Arlêta. E ela teve comigo uma conversa muito amigável,

me explicou como funcionava a Oficina de Leitura me deixou tão entusiasmada que fui logo no próximo encontro do grupo, no início de 2012. E conversando com a coordenadora do grupo, Stela Miller, e com todos da Oficina, comecei a participar.

E as pessoas foram tão receptivas, tão amigas, que foram criados inclusive vínculos afetivos. Todas as trocas são muito importantes. São dicas de livros, de filmes, de eventos culturais, atividades benéficas. No meio das atividades da Oficina, tão prazeroso tomar o café, os chás da Orciza, beliscando os quitutes que uns levam para a partilha com todos, com preciosos momentos de descontração.” (Flanir Valente).

Na sequência de seu depoimento, Flanir ressalta as atividades que realiza nas sessões da “Oficina de Leitura:

As atividades na Oficina nos fazem pesquisar, pensar, sobre a obra de importantes autores da nossa literatura. É ao contrário do que se dizia há algumas décadas, as pessoas da Terceira Idade são sim intelectualmente produtivas. Têm conhecimentos que foram adquiridos pela vida e vontade de aprender sempre mais. E como são todos criativos! Estou aprendendo muito com as pessoas da Oficina.

Voltei até a fazer apresentações, pequenos vídeos digitais, pois atuei na Área de Informática. Numa das palestras que assisti na UNATI, um dos palestrantes Marcos Roberto Pereira Silva, Graduando em Arquivologia/UNESP, me indicou um programa para melhor fazer os vídeos. Veio instalar o programa no meu computador, e de vez em quando faço alguma coisa sobre os assuntos que estudamos. Todos me dão muita força até nisso, elogiando os trabalhos que faço. (Flanir Valente).

Finalizando seu depoimento, Flanir avalia sua condição como participante da “Oficina” e aproveita para agradecer o acolhimento que teve no grupo:

Percebi com toda essa experiência que não foi apenas um momento na minha vida que tive que dizer “Adeus” a muitas coisas, pessoas, mas também de dizer “Olá!”.

Obrigada a todos pela experiência que estou tendo na Oficina de Leitura, especial e carinhosamente à Arlêta por ter me orientado a criar esse importante vínculo com a nova cidade que agora posso me dizer: enfim adaptada! E acolhida...” (Flanir Valente).

Arlêta, citada por Flanir, recorda-se de sua história de ingresso e participação na “Oficina” avaliando sua importância para as pessoas que dela participam. Assim se expressa:

Pediram que falássemos sobre nossa experiência com os cursos e atividades da UNATI – Universidade Aberta à Terceira Idade.

Ao me aposentar, mudei para São Paulo, para ficar perto dos meus filhos e netos, onde permaneci por sete anos. Mas, em 2010, voltei para Marília com uma filha e dois netos.

Em 2011, uma amiga, que é a coordenadora da Oficina de Leitura, Stela, convidou-me para participar das sessões uma vez por semana.

Gostei muito, pois liámos, discutíamos e escrevíamos sobre crônicas, livros, poesias e como “lição de casa”, colocávamos a nossa posição. Foram meses de satisfação e descobertas.

Os colegas, muito simpáticos e agradáveis tornavam esses momentos bastante prazerosos.

As demais atividades da UNATI nos proporcionavam também momentos agradáveis.

Achei que a Universidade Aberta à Terceira Idade foi uma ideia que deu certo.

Os encontros, o colegismo, as atividades fazem bem aos idosos. É um modo muito bom de aproveitar um tempo que poderia se tornar ocioso demais. (Arléta Nóbrega Zelante).

Em linha semelhante de raciocínio, ao avaliar sua participação na UNATI e, mais especificamente, na “Oficina de Leitura”, Maria Ivone, em seu depoimento, conta-nos que:

Como mulher de sessenta e três anos, aposentada, livre, independente e disposta a continuar aprendendo e trocando experiências em um ambiente acadêmico informal, sinto-me privilegiada por fazer parte desse projeto diferenciado para a terceira idade que é a UNATI.

A Oficina de Leitura, particularmente, tem um significado mais importante ainda na minha vida. É o local onde encontro meus iguais tão diversos, é onde o tempo psicológico torna possível o restante das horas. É o encontro de uma Irmandade. É essencial para minha sanidade física, mental, espiritual, psicológica, emocional.

Difere de uma terapia de grupo, mas tem resultados similares. Partilhamos nossas vidas, nossa bagagem, leituras, novidades, conhecimento e crescemos mental e intelectualmente, mas, principalmente, nos enriquecemos como seres humanos.” (Maria Ivone dos Santos Pandolfi).

Calligaris (2013), em sua coluna semanal da Folha de S. Paulo, faz referência a uma pesquisa publicada na revista “Science”, a respeito

da influência exercida pela leitura literária sobre os leitores. O resultado obtido pela pesquisa aponta para o fato de que a leitura literária melhora a teoria da mente, entendendo que “na expressão ‘teoria da mente’, ‘teoria’ significa ‘visão’ (esse é o sentido originário da palavra)”. Calligaris (2013) esclarece também que “em psicologia, a ‘teoria da mente’ é nossa capacidade de enxergar os outros e de lhes atribuir de maneira correta crenças, idéias, intenções, afetos e sentimentos.” E cita os resultados obtidos com essa pesquisa: “Como na vida real, os mundos da ficção literária são povoados por indivíduos complexos cujas vidas interiores devem ser investigadas, pois não são de fácil acesso”. Em contraposição, a ficção popular: “(...) tende a retratar o mundo e as personagens como internamente consistentes e previsíveis. Ela pode confirmar as expectativas do leitor em vez de promover o trabalho de sua teoria da mente.”

Talvez isso explique a razão pela qual o grupo da “Oficina de Leitura” se mantenha coeso, com seus participantes interagindo de maneira a apoiarem-se mutuamente, fortalecendo os laços que os unem e a propiciarem-se momentos que duram para além dos limites de cada sessão semanal. Embora não leiam exclusivamente textos literários, estes estão sempre presentes na história de leitura de todos os participantes da “Oficina”.

Com seu depoimento, Sônia confirma essa possibilidade:

Entrei para a UNATI para ser um elo entre esse e um grupo ao qual eu já pertencia.

Não fiz nenhuma ligação entre os dois, mas acabei encontrando a Oficina de Leitura e, então, me liguei a ela.

A primeira ideia era trocar informações sobre livros e autores e encontrei um grupo que discutia temas. No início patinei, me senti um pouco fora do grupo. Mas, aos poucos, fui me entrosando e hoje faço parte dele.

Fiz novos amigos e, quando não temos nossas reuniões semanais, falta algo. Por meio dela conheci autores que nunca havia lido, trocamos informações sobre livros, autores, crônicas de jornal, filmes ...

Hoje me arrisco a escrever, pouco, é claro, o que para mim parecia impossível, pois me acho fraca no trato com o idioma, apesar de ser boa leitora.

A Oficina de Leitura é para mim como remédio contínuo: não pode faltar.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da questãoposta no título deste artigo e após a expli- citação do conteúdo de todos os depoimentos dados pelos participantes da “Oficina de Leitura”, consideramos ser possível ensaiar uma resposta. Podemos afirmar que o significado do reunir-se em torno do ato de ler é, principalmente, o compartilhamento, o colegismo, a solidariedade, o apoio mútuo, a possibilidade de aprender com o outro, de trocar experiências, de formar vínculos, de completar-se como ser humano em constante desenvolvimento.

A “viagem” que se faz com a leitura não é feita somente no plano subjetivo, mas também no plano intersubjetivo, em meio a amigos que leem, que trocam informações sobre leituras que realizaram, filmes a que assistiram, sobre cursos eventuais de literatura, eventos culturais, etc.

A experiência do leitor solitário, envolvido com o “outro” que vive no tempo e no espaço da imaginação criativa do autor, associa-se à experiência da leitura para o “outro” participante da “Oficina”.

“Se ler é – conforme Zilberman (2001, p. 53) pensar o pensamento de outros, [...] abandonar a própria segurança para ingressar em outros modos de ser, refletir e atuar [...], apreender não apenas a respeito do que se está lendo, mas, e principalmente, sobre si mesmo”, então, podemos afirmar que, ao realizarem as trocas de leituras e de vivências a partir dessas leituras, os participantes do grupo, reunidos em torno do ato de ler, realizam também a experiência da alteridade e com ela apreendem o conteúdo do lido e descobrem muito de si mesmos.

Ler é, portanto, uma via de acesso ao conhecimento e de transformação dos sujeitos leitores. Em especial, ler textos literários “melhora a teoria da mente” como afirma Calligaris (2013) acerca da pesquisa citada anteriormente, cuja conclusão revela que “os leitores de ficção literária enxergam melhor a complexidade do outro e, com isso, podem aumentar sua empatia e seu respeito pela diferença de seus semelhantes.”

Nesse contexto, Calligaris esclarece que:

A teoria da mente emocional é a capacidade de reconhecer o que os outros sentem e, portanto, de experimentar empatia e compaixão por eles; a teoria da mente cognitiva é a capacidade de reconhecer o

que os outros pensam e sabem e, portanto, de dialogar e de negociar soluções racionais. Obviamente, enxergar o que os outros sentem e pensam é uma condição para ter uma vida social ativa e interessante. (CALLIGARIS, 2013).

Esse parece ser um dos principais propósitos de todos aqueles que se reúnem semanalmente em torno de uma mesa de leitura.

REFERÊNCIAS

- CALLIGARIS, C. Qual romance você está lendo? *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 17 out. 2013. Ilustrada, Caderno E, p. 10.
- CUNHA, M. A. A. *Literatura infantil*: teoria e prática. 18. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- MANGUEL, A. *Uma história da leitura*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- MINDLIN, J. O bibliófilo e a leitura. In: ABREU, M. (Org.). *Leitura, história e história da leitura*. Campinas, SP: Mercado de Letras; Associação de Leitura do Brasil. (Coleção Histórias de Leitura).
- VYGOTSKI, L. S. Génesis de las funciones psíquicas superiores. In: VYGOTSKI, L. S. *Obras escogidas*. Madrid: Visor, 2000, p. 139-168.
- ZILBERMAN, R. *Fim do livro, fim dos leitores?* São Paulo: SENAC, 2001. (Ponto Futuro, 3).

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: OFICINAS DE MEMÓRIA

Edvaldo Soares

Aline Murari Ferraz Carlomanho

Luiz Augusto Knafelç Ferreira

Luá Carlos Valle Dantas

Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho

INTRODUÇÃO

O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural de desgaste fisiológico dos sistemas do organismo. Tal desgaste pode ocasionar diminuição das capacidades físicas e um aumento relativo da incapacidade para realização de atividades cotidianas. Com o processo de envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas, sociais/econômicas, psicológicas/emocionais entre outras. Tais mudanças não raras vezes se apresentam acompanhadas de perda de papéis sociais, solidão, perdas afetivas e aumento da vulnerabilidade. Também é característica dessa fase a diminuição da capacidade de recuperação dos efeitos de eventos que desequilibram o organismo (resiliência) e menor plasticidade neural/comportamental (COHEN, 1984; STUART-HAMILTON, 2002; GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2000), atualmente nosso país é composto por 194,2 milhões de habitantes, sendo que destes 12,1% são idosos. A expectativa de vida do brasileiro hoje em dia é em média 73,4 anos, o que se comparado com as ultimas quatro décadas indica um aumento de aproximadamente 25 anos em termos de expectativa de vida. Todavia tal aumento da população idosa não implica

em melhorias na qualidade de vida; ou seja, que tal população longeva seja necessariamente uma população saudável. Em função disso surge a necessidade de se criar, o mais rápido possível, políticas sociais eficazes que preparem a sociedade para essa realidade.

Paschoal (2006) afirma que essa longevidade da população é um ganho, uma prova do desenvolvimento e vitória do ser humano em relação adaptabilidade, de certa melhoria das condições de vida da população em geral, porém em relação a isso existem algumas contradições, pois ao mesmo tempo em que a população almeja viver cada vez mais, tem em contrapartida que, anos a mais de vida podem significar também a chegada de dependência, incapacidade e sofrimento. Nessa direção, Spirduso (2005) aponta para o fato de que doenças e estresse ambiental podem acelerar os processos básicos do envelhecimento, o que pode aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa. Com o aumento da vulnerabilidade desses indivíduos e, em função das mudanças em termos de parâmetros familiares, não raramente o idoso é submetido à institucionalização em Instituições de Longa Permanência (ILPI's), mais conhecidas no Brasil como “asilos para idosos” (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Segundo Fichman (2005), o fato de que a população mundial vem ser tornando cada vez mais longeva traz inúmeras consequências, entre elas as relacionadas ao sistema de saúde pública. Com o crescimento da parcela de anciãos, o aparecimento das demências torna-se cada vez mais freqüente e, devido a isso, nota-se a importância da identificação dos indivíduos que possivelmente desenvolverão quadro demencial, pois, quanto mais cedo for diagnosticada tal possibilidade, mais precocemente se pode iniciar intervenções, o que pode retardar o processo de degeneração/declínio da capacidade cognitiva, proporcionando assim, ao sujeito um prolongamento de sua autonomia e a minimização do nível de estresse de familiares e/ou cuidadores e, é óbvio, do próprio sujeito idoso (CHARCHAT-FICHMAN, 2005; CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Demência pode ser caracterizada como perdas, organicamente causadas, de habilidades intelectuais, suficientemente extensas para interferir no funcionamento social e ocupacional do indivíduo. O declínio cognitivo (DC) decorrente de processos demenciais envolve declínio de memória, julgamento, habilidades de raciocínio abstrato e outras funções

intelectuais superiores. Apesar de a demência estar relacionada a muitas habilidades, a memória é central e, o declínio desta pode ser responsável por grande parte dos declínios em outras habilidades (PLATI et al., 2006; AMARISTA, 2002; HOLMES, 2001).

Segundo critérios do DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), demência pode ser definida como síndrome caracterizada por declínio de memória associado ao prejuízo de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo (APA, 2000; 2002). Por memória entendemos o processo pelo qual, experiências anteriores levam à alteração do comportamento. Memória envolve múltiplos sistemas de processamento de informação, os quais dependem do funcionamento de diversas estruturas cerebrais atuando de forma integrada, em maior ou menor grau, conforme o tipo de processamento (HELENE; XAVIER, 2003; SQUIRE; ZOLA-MORGAN, 1991; SQUIRE; KNOLTON, 1995; XAVIER, 1993; WINOCUR; GILBERT, 1984; COHEN, 1984). Assim, se pode afirmar que a memória não é uma única habilidade ou função, mas uma combinação de subsistemas, o que indica a existência de vários tipos de memória (BADDELEY, 2004; 1992; SQUIRE; KANDEL, 2002).

Portanto, o diagnóstico de demência exige o comprometimento de memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais de algumas formas de demência. Inicialmente se observou um declínio da memória recente. Tal quadro pode progredir para o declínio de memória de longo prazo já consolidada, especialmente da memória autobiográfica, ou seja, da história do indivíduo; dos parâmetros pessoais construídos ao longo da vida (IZQUIERDO, 2002; 2004; GALLUCCI; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

O conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), do termo original *Mild Cognitive Impairment*, ou Declínio Cognitivo Leve (DCL), foi desenvolvido para compreender as fronteiras entre o envelhecimento saudável e patológico. Define-se DCL como a zona de transição entre o envelhecimento saudável e a demência leve (PETERSEN et al., 2001; CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005). O quadro de DCL é caracterizado por dificuldades cognitivas, especialmente de memória, sem que

haja prejuízo social e/ou ocupacional, sendo estas dificuldades não suficientemente graves para diagnosticar demência (PETERSEN et al., 2001). Alguns critérios diagnósticos para DCL incluem o fato de o indivíduo não ser normal e nem demente, apresentando evidência objetiva de declínio cognitivo ou baseado em uma autopercepção de déficit cognitivo combinada a comprometimento cognitivo objetivo e preservação das AVDs, além de atividades instrumentais complexas intactas ou, com mínimo comprometimento (WINBLAD et al., 2004). De acordo com Winblad et al. (2004), o DCL divide-se em três categorias diagnósticas quanto à sua trajetória clínica: DCL amnésico, indicando maior risco de desenvolver DA; DCL com comprometimento leve de múltiplos domínios cognitivos, indicando maior risco de desenvolver outras síndromes demenciais, sendo DA uma trajetória possível; DCL com comprometimento de única função cognitiva, diferente de memória, apontando para maior risco de desenvolver demência fronto-temporal e/ou afasia progressiva primária. Porém, é importante salientar o que Petersen et al. (2001) demonstram: alguns casos de DCL poderiam permanecer estáveis e não evoluir para síndromes demenciais. De acordo com a APA - *American Psychiatric Association*, o termo demência pode ser definido como síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para causar prejuízo no desempenho social e laborativo (APA, 2000). De acordo com McRae (2001), esse grau de prejuízo funcional é um dos fatores que permite a distinção entre a demência e as queixas de perda de memória associadas ao envelhecimento normal, ou mesmo entre demências e DCL. Nesse sentido, cabe destacar que uma avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho em AVDs são fundamentais para contribuir com o diagnóstico sindrômico de demência (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

O declínio cognitivo (DC) é uma característica universal nos indivíduos que apresentam diagnóstico de demência, entre os quais a Doença de Alzheimer. A avaliação cognitiva contribui para a identificação precoce de indivíduos que possivelmente evoluirão para a doença a fim de proporcionar maior qualidade de vida ou desaceleração da conversão do declínio cognitivo leve para a síndrome demencial através de intervenções terapêu-

ticas (SIMON; RIBEIRO, 2011). Bruscoli e Lovestone (2004) demonstraram em estudo que a taxa de conversão de declínio cognitivo para a doença de Alzheimer é de 10% a 15% ao ano, enquanto pessoas saudáveis apresentam taxa de 1% a 2% ao ano, justificando assim, a importância de intervenções para estes indivíduos. É importante salientar que a prevenção ainda é a melhor escolha a se fazer durante a vida toda, para garantir um envelhecimento sem muitos problemas além do esperado de uma velhice dita normal. Lima e Sangaleti (2010) apontam para que as principais formas de prevenção são o controle de *diabetes mellitus*, evitar o tabagismo, o sedentarismo, o rígido controle da hipertensão entre outros fatores que se devem se tornar hábitos e serem adotados durante a vida, a chance de desenvolver demência se torna menor e mais tardia. Além disso, é de suma importância destacar a necessidade do uso adequado de medicamentos. O uso de determinadas substâncias causa déficit cognitivo; porém essas alterações quando são exclusivamente ligadas ao uso desses medicamentos, são potencialmente reversíveis. Entre as drogas relacionadas a esse distúrbio se destacam alguns psicotrópicos como, por exemplo, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, anti-hipertensivos, diuréticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos entre outros, e alguns analgésicos narcóticos como por exemplo, levodopa, antiparkisonianos, drogas cardiovasculares, cimetidina, entre outros (CUNHA et al, 2006; MAINERI et al, 2007). Uma atenção especial deve ser disponibilizada à idosos institucionalizados, pois grande parte deles estão expostos a polimedicação, que muitas vezes é prescrita por médicos não psiquiatras devido a escassa presença deles em ILPI's, além de aproximadamente 60% dos idosos institucionalizados estarem expostos ao uso de psicotrópicos e neurolepticos, o que a literatura vem nos mostrando que aumenta a taxa de mortalidade entre os idosos (LUCCHETTI et al, 2010).

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Na maior parte dos casos, se não em todos, o indicado seria proceder uma avaliação neuropsicológica do idoso objetivando a identificação do declínio da capacidade cognitiva. Tal avaliação também contribui para a identificação de áreas cerebrais que apresentam alterações neurológicas, norteando assim as melhores estratégias a serem adotadas durante a in-

tervenção a ser realizada por profissionais capacitados para a reabilitação, entre os quais o terapeuta ocupacional. Salientamos que, para a identificação de quadros demênciais, há a necessidade, antes de mais nada, de um diagnóstico de declínio intelectual quando comparado ao estado preliminar da pessoa. Para tanto é fundamental que seja feita uma avaliação centrada nas funções cognitivas do indivíduo. Nesse sentido, é importante esclarecer que, na faixa etária que antecede a velhice (antes dos 65 anos), o principal sintoma do provável inicio de um processo demencial está relacionado á distúrbios de linguagem. Algumas consequências das demências em geral são diminuição da memória, do estado cognitivo, na linguagem e também no que diz respeito à mobilidade e execução de tarefas, o que está diretamente relacionada ao convívio social, a autonomia e ao desempenho profissional (ZANINI, 2010; APA, 2000).

A literatura aponta para o fato de que a memória é a função cognitiva que, ao apresentar déficit, pode indicar sintomas de um possível início de demência. Por isso, conhecê-la e diferenciar os lapsos de memória decorrentes um envelhecimento normal ou de outros eventos, como por exemplo, o stress/ansiedade ou depressão, torna-se imprescindível para o diagnóstico precoce de demência. O envelhecimento, por si só, proporciona uma lentificação de todas as funções cognitivas, principalmente a memória. O tipo de memória mais comprometida pelo envelhecimento é a memória de trabalho, o que faz com que a prática de atividades que necessite de processamento de informações se torne cada vez mais complicada para o idoso. Tal comprometimento, por exemplo, faz com que o aprendizado de novos conceitos se torna cada vez mais difícil e escasso. Isso não significa que, o envelhecimento impede que novos conhecimentos sejam aprendidos. Por exemplo, o vocabulário só tende a aumentar com o avanço da idade (COSENZA, 2005). Nesse sentido, Cosenza (2005) indica que quando comparamos a memória não-verbal da memória verbal, a primeira costuma ser mais afetada do que a outra. A mesma coisa acontece quando comparamos a memória explícita com a implícita, a última sofre menos efeito negativo do que a explícita. No processo de envelhecimento, a memória episódica é mais comprometida do que a memória semântica e, a memória remota é certamente mais preservada do que a memória recente, principalmente em idosos que apresentam demência. Uma boa forma

de retardar esse quadro de declínio da memória é, conforme a literatura, manter-se sempre em bom estado de saúde, realizar sempre atividades físicas e ter um alto nível educacional.

Pessoas demenciadas possuem um declínio com maior ênfase na memória, porém, a maior parte das funções cognitivas estão prejudicadas (COSENZA, 2005; GURGEL; SISTO, 2010). Ainda em relação à memória, é importante destacar novamente a importância de se fazer um rastreio de declínio cognitivo a partir da aplicação de testes por profissionais da saúde que tenham conhecimento adequado para tal. Tais instrumentos são úteis à distinção entre o envelhecimento normal e o envelhecimento patológico e, assim, possibilitam, por exemplo, ponderar se o desempenho cognitivo está dentro da normalidade esperada para um sujeito com determinado nível de escolaridade, idade, entre outras variáveis. Caso o rastreio inicial indique declínio cognitivo, é indicado se fazer uma avaliação cognitiva, que é uma avaliação profunda de funções cognitivas, mediante a aplicação de testes psicológicos específicos (YASSUDA; ABREU, 2006).

O termo “sintomas psicológicos e comportamentais nas demências” refere-se ao conjunto de sintomas e sinais relacionados a transtornos da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento que ocorrem freqüentemente pacientes com demência (TAVARES, 2007, p. 361). A identificação dos sintomas psicológicos relacionados às capacidades cognitivas se faz de modo geral, inicialmente, mediante diálogos (anamnese) com o próprio paciente e/ou com pessoas as quais convivem diariamente com essas pessoas. Nesses “diálogos” devem ser investigados alguns aspectos relacionados, por exemplo ao estado de humor do indivíduo, de forma a identificar a presença de ansiedade e/ou humor depressivo. Também a existência de outras patologias e a utilização de medicamentos é essencial. É importante a identificação dos fatores comportamentais, entre os quais a presença de agitação, inadequação social, insônia ou hipersônia (TAVARES, 2007). Caramelli e Bottino (2007) apontam que os sintomas psicológicos e comportamentais presentes nas demências (SPCD) não necessariamente estão relacionados com o grau do declínio cognitivo. Durante a fase inicial da demência os transtornos afetivos são sobressalentes, o que deixa de aparecer com o avanço do declínio. Outros comportamentos apresentados durante fases iniciais são irritabilidade e de-

sinibição. Na fase moderada se dá a apresentação de ansiedade e agitação. O fato que marca a fase avançada é o comprometimento motor. A presença dos SPCD proporciona grande pesar, tanto para o próprio paciente, quanto para familiares. Os SPCD possivelmente são mais avassaladores do que os próprios sintomas cognitivos e são os principais geradores de dependência do idoso. Os SPCD proporcionam maior sofrimento, dificuldade em termos de capacidade de adaptação da família e mudança no orçamento familiar. Tais fatores proporcionam uma maior frequência em termos de institucionalização do idoso.

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

No que diz respeito ao tratamento/terapia, deve-se salientar a importância dos tratamentos não-farmacológicos, os quais incluem oficinas de memória, adaptações ambientais, introdução de uma rotina elaborada especificamente ao paciente, atividade física. Tais procedimentos terapêuticos devem objetivar sempre, promover o máximo de autonomia e independência ao idoso. Porém, não existe um plano de tratamento fixo para todos os pacientes; pois cada sujeito tem um curso de progressão da patologia diferenciado, dinâmicas familiares difusas, histórias e aptidões diferenciadas; além do que, as alterações, tanto relacionadas ao comportamento, quanto ao aspecto cognitivo se diferenciarem muito de caso para caso, o que torna fundamental a intervenção focada no sujeito-indivíduo (ENGELHARDT et al., 2005; SOARES, 2010).

A intervenção mediante a estimulação cognitiva tem como objetivo estimular as diversas funções cognitivas do sujeito (memória, atenção, linguagem, etc), procurando alcançar o desempenho máximo do paciente e, assim, tornar mínima a confusão mental, o que melhora nitidamente a qualidade de vida dessa pessoa. Essa melhoria da qualidade de vida está relacionada diretamente ao fato de que esta estimulação pode auxiliar o indivíduo a ter uma vida mais autônoma, independente e feliz, pois uma disfunção cognitiva altera toda a vida do paciente, em todas as esferas sociais freqüentadas por essa pessoa. Esse tipo de reabilitação, quando se trata de indivíduo demenciado, deve ser utilizado conjuntamente ao tratamento farmacológico, pois esse tipo de intervenção tem a capacidade de tornar

o efeito dos fármacos mais rápida e maior, o que proporciona ao paciente uma melhora não só na cognição, mas também na qualidade de vida. Nesse tipo de reabilitação, algumas técnicas são utilizadas para melhorar ou manter a capacidade cognitiva, entre elas o treinamento cognitivo, alterações ambientais em locais onde o idoso convive, acompanhamento para cuidadores, entre outros. A participação do paciente em todos os passos, desde a escolha das estratégias até a implantação das técnicas é extremamente importante, pois isso o ajuda a relembrar e compreender mais fácil. Se ele realizar tudo isso no ambiente em que a atividade será realmente posteriormente realizada, tudo se tornará mais fácil a ele.

É importante lembrar que o tratamento deve ser adaptado para que possa atender as necessidades do sujeito (ABREU; TAMAI, 2006). Para realizar a estimulação cognitiva, algumas técnicas são utilizadas, entre elas estratégias compensatórias onde são utilizadas habilidades que ainda estão preservadas para substituir habilidades danificadas, nesse caso algumas ajudas externas são utilizadas, como exemplo agendas, calendários, cartazes entre outros. Outra forma de estímulo que pode ser utilizado é a terapia de orientação da realidade (OR), através da qual a realidade é rerepresentada ao sujeito da forma mais organizada e sequencial possível, onde os estímulos ambientais auxiliaram o sujeito a relembrar. Também muito utilizada é a terapia de reminiscências, na qual são utilizadas fotos antigas, recortes de jornais/revistas, objetos antigos, música entre outros recursos para estimular informações antigas, o que gera maior interação social, aumento da auto-estima e um momento de lazer a eles. Por último, é de fundamental importância a orientação à familiares e cuidadores sobre o curso da doença, cuidados que devem ser tomados, como eles devem ser estimulados, além de ajudar esse cuidador a lidar com a sobrecarga causada pelo transtorno de cuidar de uma pessoa com demência, entre outros. Como esses atendimentos à família geralmente são realizados em grupo, torna-se possível a troca de experiências, o que é extremamente importante para esses cuidadores que estão imensamente estafados (ABREU; TAMAI, 2006; BOTTINO, 2002).

No que diz respeito à eficácia da estimulação cognitiva, vários estudos corroboram que é uma das formas mais eficazes de tratamento/estagnação do quadro de declínio cognitivo, o que tem como base a plas-

ticidade cognitiva. Segundo Bottino (2002), quanto utilizada essa técnica juntamente com os fármacos, além de potencializar e acelerar a eficácia destes, também auxilia na estabilização do quadro demencial, algumas vezes possibilitando até uma pequena evolução positiva quando relacionadas á áreas cognitivas e funcionais.

Outro ponto a ser considerado é que o acompanhamento, suporte às famílias altera o nível de estresse e sobrecarga sofridos por ele, o que gera um maior bem-estar e melhor convívio dessa pessoa com o paciente. Estudos apontam para a importância da estimulação cognitiva para a prevenção/melhora da depressão, o que é fundamental, visto que sintomas depressivos podem estar relacionados ao aparecimento/agravamento de quadros demenciais. Outro fator positivo relacionado às estratégias de estimulação cognitiva se deve ao fato que a maior delas são feitas em grupo, o que estimula o convívio social e pode melhorar episódios relacionados aos transtorno de humor, como por exemplo a depressão e a ansiedade (PIRES, 2008; APÓSTOLO; ROSA; CASTRO, 2011; TAVARES, 2007; GONÇALVES, 2007; RAES, WILLIAMS, HERMANS, 2009; NIU et al., 2010).

OFICINAS DE MEMÓRIA

Em termos de prevenção, acredita-se que o estímulo para um bom funcionamento mental, físico e social configura-se como princípio para a promoção de saúde de idosos e, conseqüentemente, de prevenção às demências, graves ou leves. Nesse sentido, atividades mentais funcionam como um fator de proteção às funções cognitivas. É nesse contexto que se insere a proposta de aplicação de atividades voltadas à reabilitação cognitiva, as quais em linhas gerais, são atividades que envolvem o estudo da memória, suas características e os fatores que atuam sobre ela. São discutidas e vivenciadas estratégias que mantêm e ampliam as funções mentais. As oficinas de memória desenvolvidas pelo Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC da Faculdade de Filosofia e Ciências Unesp de Marília SP, são desenvolvidas junto a dois grupos:

| Grupo 1 | Grupo 2 |
|--|---|
| Idosos Matriculados na UNATI (Universidade da Terceira Idade) da FFC – Unesp – Marília | Idosos Institucionalizados (Sociedade São Vicente de Paulo) |

Em relação ao primeiro grupo é importante esclarecer que a Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), vinculada à Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX), oferece diferentes oportunidades de atividades. Na cidade de Marília, a UNATI iniciou suas atividades no ano de 1995, oferecendo inicialmente 40 vagas anuais. As matrículas são realizadas no início de cada ano letivo. Inserida na problemática que o idoso enfrenta atualmente, o Programa UNATI da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP – Marília SP tem como objetivo principal proporcionar condições para a integração social e acadêmica do participante, mediante a participação nas atividades programadas e a convivência com os diversos segmentos da comunidade acadêmica. A UNATI conta atualmente com 60 alunos, de ambos os gêneros, com a idade variando de 55 à 93 anos, aos quais são oferecidas atividades diversas, tais como: palestras, cursos, atividades de integração social, atividades culturais, atividades físicas, e oficinas de leitura, cinema, teatro, línguas e, oficinas de memória. (Figuras 1 e 2).



Figura 1: Palestras Unati – Marília



Figura 2: Apresentação dos participantes das oficinas de teatro e de leitura da Unati – 2012

Os idosos institucionalizados são residentes no Lar São Vicente de Paulo, uma ILPI localizada na cidade de Marília SP, onde é desenvolvido, desde 2006, o projeto de extensão “Memória e Envelhecimento Humano”. Tal projeto também está vinculado ao LaNeC. A proposta desse projeto surgiu da necessidade de uma maior reflexão acerca da situação do idoso institucionalizado e da urgência em capacitar profissionais para atuar com esta população. Os objetivos do referido projeto são: 1) Estudar aspectos relacionados à memória e ao envelhecimento em idosos internos em instituições de longa permanência; 2) capacitar profissionais de diversas áreas para a atuação, em termos preventivos e 3) elaborar e aplicar programas preventivos aos quadros demenciais, mediante principalmente a execução de oficinas. Assim, as atividades desenvolvidas relacionam-se à saúde mental do idoso e objetivam desenvolver e aplicar atividades preventivas e de lazer (Figuras 3 e 4).



Figura 3: Aplicação de atividades práticas – oficinas de memória – Projeto Memória e Envelhecimento Humano – Lar São Vicente de Paulo.



Figura 4: Atividades Práticas – Oficinas de Memória – Lar São Vicente de Paulo – 2012.

Participam atualmente do projeto de extensão vinculado à UNESP “Memória e Envelhecimento”, onde as intervenções realizadas tem como foco a memória, cerca de 10 alunos provenientes dos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia. São atendidos cerca de 70 idosos, os

quais podem assim ser caracterizados: Em termos de faixa etária 70,8% tem idade entre 60 e 80 anos. A maioria dos internos é oriunda do sul-sudeste (61,6%) e do nordeste (14,6%) do país. Em relação ao estado civil prevalece o número de declarados solteiros (47,3%) e de viúvos (36,9%). Do total, somente 21,5% declararam ter filho(s). No que se refere ao recebimento de visitas, 60,2% do total dos idosos não recebem qualquer tipo de visitas. No tocante à escolaridade, há a predominância de analfabetos (72,2%). Em termos de saúde geral, observou-se que 63,6% dos idosos sofrem de hipertensão; 8,60% são diabéticos, 18,9% são portadores de alguma patologia cardíaca e 29,2% tem capacidade funcional severamente prejudicada. Em relação às hiperplasias malignas, detectamos cerca de 6,8% e igual número foi detectado para os casos de AVE. Quanto à saúde mental, observou-se que cerca de 15,4% apresentam diagnóstico fechado de Parkinson e 4,3% de Alzheimer. Observa-se ainda que cerca de 36,9% dos idosos pesquisados apresentam algum grau de depressão ou algum tipo de quadro psicótico (especialmente ansiedade e quadros de esquizofrenia). Dessa forma, da população total de idosos da ILPI, poucos têm condições de saúde para participarem das oficinas de memória.

As oficinas de memória, desenvolvidas em ambos os grupos se fundamenta nos seguintes pressupostos: 1) a capacidade cognitiva pressupõe inúmeras funções, tais como: atenção, memória de curta e de longa duração; memória de trabalho, linguagem, funções executivas, raciocínio lógico, etc (CHARCHAT-FICHLER et al., 2005; PETERSEN et al., 2001); 2) nem todas essas funções sofrem declínio com o envelhecimento usual, ou seja, sem indicativo de demências (SCHUPF et al., 2004); 3) o declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento não necessariamente indica a instalação de quadros demenciais (WOODRUF-PAK, 1997); 4) Indivíduos que apresentam declínio cognitivo leve podem ter o quadro estacionado ou mesmo regredido mediante procedimentos de reabilitação cognitiva e tratamento farmacológico (DONOSO; BEHNENS; VEREGAS, 2003); 5) Inúmeras são as possíveis causas de declínio cognitivo. Entre as possíveis causas podemos citar os transtornos de humor, mais especificamente ansiedade e depressão (HAMDAN; BUENO, 2005; BUSSE et al., 2003; COLLIE; MARUFF, 2000; CHAVES; IZQUIERDO, 1992).

De forma geral, o objetivo das oficinas de memória é estabelecer um planejamento de intervenção dentro que prevê a estimulação da memória através de oficinas de convivência, vivências, dinâmicas de grupos, e diversas atividades que estimulem o raciocínio, atenção, concentração e demais funções cognitivas determinantes para o funcionamento adequado da memória.

O desenvolvimento do projeto se dá a partir de três eixos/ estratégias de ação: 1) Atividades voltadas à Formação; 2) Atividades voltadas à educação/ orientação e, 3) Atividades Práticas. As referidas atividades são assim caracterizadas: **1)** Em relação às atividades de formação são aplicadas junto ao Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC as seguintes atividades: a) Treinamento, mediante oferecimento de mini-cursos, de equipes para planejamento e aplicação de oficinas, realização de entrevistas, aplicação de testes/protocolos. **2)** As atividades de educação/ orientação objetivam oferecer aos usuários atendidos pelo projeto (idosos) informações acerca da manutenção da saúde mental, visando prevenir o declínio da capacidade cognitiva. Entre os temas abordados em tais atividades destacam-se: 1) Envelhecimento Humano; 2) Memória; 3) Plasticidade Mental; 4) Demências; 5) Depressão e Ansiedade; 6) Cuidados com a Saúde (estilo de vida, atividades físicas, etc.). **3)** As atividades práticas a serem desenvolvidas, centradas na perspectiva da reabilitação cognitiva, objetivam preservar/ melhorar a capacidade cognitiva dos sujeitos participantes das oficinas. Tais atividades serão previamente discutidas e elaboradas com a equipe participante do projeto, levando-se em consideração as necessidades e o contexto dos sujeitos atendidos.

Constituem, em linhas gerais atividades coletivas e individuais que envolvem: 1) Interação social mediante dinâmicas de grupo; 2) Jogos; 3) Apresentação de filmes e discussão dos mesmos; 4) Atividades manuais, etc. Os encontros práticos e de orientação tem duração prevista de 2 (duas) horas e são realizados semanalmente.

CONCLUSÃO

Populações idosas estão mais sujeitas ao declínio cognitivo, contribuindo assim para uma piora no estado de saúde geral do idoso. O declínio cognitivo (DC) decorrente de processos demenciais envolve declínio

de memória, julgamento, habilidades de raciocínio abstrato e outras funções intelectuais superiores.

Quanto precocemente detectado, o que pode ser feito através de um rastreio cognitivo e posteriormente uma avaliação cognitiva, imediatamente podem-se começar as intervenções terapêuticas como estimulação cognitiva, que visam estabilizar o quadro e quando possível, reverter a situação, mesmo que minimamente.

Considerando ainda que o aparecimento de declínio cognitivo em idosos como indicativo para o desenvolvimento de quadros demenciais, se faz necessário o desenvolvimento e aplicação de estratégias curativas e preventivas. Assim considerando de fundamental importância o desenvolvimento de atividades voltadas à reabilitação cognitiva em idosos.

Por fim, gostaríamos de reforçar a necessidade da elaboração de políticas públicas voltadas à população idosa. Tais políticas, para que sejam consistentes e coerentes, devem ser elaboradas e aplicadas a partir da realidade histórica e cultural do idoso. Esta mesma linha de raciocínio é fundamental para a elaboração de programas e atividades preventivas, bem como à elaboração de estratégias de intervenção e reabilitação cognitiva voltadas à população idosa. Não há como recuperar a memória e a auto-estima de indivíduos que as perderam e/ou são obrigados a abrir mão dos seus laços em sentido lato.

Iniciativas como a UNATI e as ações do LaNeC, são exemplos de serviços que visam favorecer ao cidadão idoso e auxilia-lo no enfrentamento dos obstáculos que surgem junto do processo de envelhecimento. No curto período de tempo de existência desses serviços, centenas de pessoas já foram beneficiadas pelas ações desenvolvidas. O sucesso de iniciativas como essas, as tornam um verdadeiro modelo a ser seguido.

REFERÊNCIAS

- ABREU, V. P. S.; TAMAI, S. A. B. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AMARISTA, F. J. Demência. *Gaceta Médica de Caracas*, v. 110, n. 3, p. 310-317, 2002.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TRTM*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- APÓSTOLO, J.; ROSA, A.; CASTRO, I. Cognitive stimulation in elderly. *The Journal of the Alzheimer's Association*, v. 4, n. 7, p. 440-441, 2011.
- BADDELEY, A. D. Memory theory and memory therapy. In: WILSON, B. A.; MOFFAT, N. (Ed.). *Clinical management of memory problems*. 2nd ed. London: Chapman & Hall, 1992.
- BADDELEY, A. D. The psychology of memory. In: BADDELEY, A. D.; KOPELMAN, M. D.; WILSON, B. A. (Ed.). *The essential handbook of memory disorders for clinicians*. Chichester: Wiley, 2004.
- BOTTINO, C. M. C. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 60, n. 1, p. 70-79, 2002.
- BUSSE, A. et. al. Subclassifications for mild cognitive impairment: prevalence and predictive validity. *Psychological Medicine*, n. 33, p. 1029-1038, 2003.
- BRUSCOLI, M.; LOVESTONE, S. Is MCI really just early dementia? a systematic review of conversion studies. *International Psychogeriatrics*, v. 16, n. 2, p. 129-40, 2004.
- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 24, p. 7-10, 2002.
- CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Belo Horizonte, v. 56, n. 2, p. 83-87, 2007.
- COHEN, N. J. Preserved learning capacity on amnesia: evidence for multiple memory systems. In: SQUIRE, L. R.; BUTTERS, N. (Ed.). *The neuropsychology of memory*. New York: Guilford Press, 1984.
- COLLIE, A.; MARUFF, P. The neuropsychology of preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n. 24, p. 365-374, 2000.
- COSENZA, R. M. Memória e suas alterações no envelhecimento normal e patológico. In: TAVARES, A. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 145-156, 2005.

- CUNHA, U. G. V. et al. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.
- CHAVES, M. L. F.; IZQUIERDO, I. Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurologica Scandinavica*, n. 85, p. 378-382, 1992.
- DONOSO, A.; BEHNENS, M. I.; VEREGAS, P. Deterioro cognitivo leve: seguimiento de 10 casos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, v. 41, n. 2, p. 117-122, 2003.
- ENGELHARDT, E. et al. Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. de Neuropsiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 1104-1112, 2005.
- FICHMAN, H. C. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.
- GALHARDO, V. A. C.; MARIOSA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.
- GALLUCCI, N. J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA. O. V. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.
- GONÇALVES, C. *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. 2007 Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2007.
- GURGEL, M. G. A.; SISTO, F. F. Estudo correlacional entre inteligência e memória em idosos. *Avaliação Psicológica*, v. 2, n. 9, p. 163-172, 2010.
- HAMDAN, A. C.; BUENO, O. F. A. Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia*, v. 10, n. 1, p. 63-71, 2005.
- HELENE, A. F.; XAVIER, G. F. A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 12-20, 2003. Suplemento II.
- HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro:[s.n.], 2000.

- IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- IZQUIERDO, I. *Questões sobre a memória*. São Leopoldo: Unisinos, 2004.
- LAKS, J. O que há de tão especial em ter 65 anos? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 7, p. 341-343, 1995.
- LIMA, A. M. M.; SANGALETI, C. T. *Cuidar do idoso em casa*. São Paulo: UNESP, 2010.
- LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 32, n. 2, p. 38-43, 2010.
- MAINERI, N. L. et al. Fatores de risco para doença cerebrovascular e função cognitiva em idosos. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 89, n. 3, p. 158-162, 2007.
- MCRAE, T. D. Avaliação e tratamento do delirium e da demência . In: REICHEL, W. (Ed). *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 154-164, 2001.
- NIU, X. et al. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, v. 24, n. 12, p. 1102-1111, 2010.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.
- PETERSEN, R. C. et al. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, v. 56, n. 9, p. 1133-42, 2001.
- PETERSEN, R. C. et al. Current concepts in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, n. 58, p. 1985-1992, 2001
- PIRES, C. S. T. *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2008.
- PLATI, M. C. F. et al. Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 118-121, 2006.
- RAES, F.; WILLIAMS, J.; HERMANS, D. Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of memory specificity training (MEST)

in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 40 n. 1, p. 24-38, 2009.

SIMON, S. S.; RIBEIRO, M. P. O. Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica. *Revista de Psiquiatria*, v. 20, n. 1, p. 93-122, 2011.

SOARES, E. et al. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. de Ciência do Envelhecimento Humano*, v. 7, n. 1, p. 62-73, jan./abr. 2010.

SCHUPF, N. et al. Preservation of cognitive and functional ability as markers of longevity. *Neurobiology of Aging*, n. 25, p. 1231-1240, 2004.

SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole, 2005.

SQUIRE, L. R.; KANDEL, E. R. *Memória: da mente às moléculas*. Porto: Porto Editora, 2002. p. 240.

SQUIRE, L. R.; KNOLTON, B. J. Memory, hippocampus and brain systems. In: GAZZANIGA, M. S. *The cognitive neuroscience*. Cambridge: Bradford Book, 1995. p. 825-837.

SQUIRE, L. R.; ZOLA-MORGAN, S. The medial temporal lobe memory system. *Science*, v. 253, n. 5026, p. 1380-1386, 1991.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAVARES, L. *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. 2007. 215 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

WINBLAD, B. et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, v. 256, n. 3, p. 240-6, 2004.

WINOCUR, G.; GILBERT, M. The hippocampus, context, and information processing. *Behavioral and Neural Biology*, v. 40, p. 27-43, 1984.

WOODRUF-PAK, D. *The neuropsychology of aging*. Malden: Blackwell, 1997.

XAVIER, G. F. A modularidade da memória e o sistema nervoso. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 4, n. 1 / 2, p. 61-112, 1993.

YASSUDA, M. S.; ABREU, V. P. S. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev. Neurociências, Florianópolis*, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.

DIREITOS HUMANOS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA: RELEMBRANDO O ESTATUTO DO IDOSO E ALGUNS DOCUMENTOS INTERNACIONAIS

Tânia Sueley Antonelli Marcelino Brabo

A população mundial de pessoas idosas tem aumentado a um ritmo espantoso. As pesquisas mostram que neste século ocorreu a mais extensa longevidade da história da humanidade. Assim, a velhice tornou-se, desde a década de 1970, uma das 34importantes pautas na agenda internacional. Especialistas da Geriatria, da Europa e dos Estados Unidos, instauraram o modelo de velhice expresso no idoso visto como sujeito ativo, cidadão e autônomo e ressaltaram a demanda de políticas públicas de tal forma que o direito do idoso fosse concebido e garantido como direito humano fundamental e universal.

A partir de alguns documentos internacionais sobre envelhecimento, este texto pretende analisar o que os mesmos trazem a respeito dos direitos para esta fase da vida ressaltando que o idoso, nos debates e em alguns documentos, é quase sempre um homem, branco, heterosexual e de classe média a despeito de as pesquisas ressaltarem que a maioria da população envelhecida no Brasil constitua-se, predominantemente, de mulheres. Com o intuito de apresentar os avanços e discriminações, pretendemos refletir sobre os desafios que temos para a concretização dos direitos de pessoas idosas na atualidade.

1 BREVE OLHAR SOBRE AS GERAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NA HISTÓRIA

A partir das Revoluções do século XVIII, conforme Benevides (2004)⁴ há uma fase que pode ser considerada individualista, sendo aceita historicamente como a *primeira geração dos direitos humanos*, constituindo direitos individuais contra a opressão do Estado, contra o absolutismo, as perseguições religiosas e políticas, contra a distinção em castas, possibilitando ao mundo ocidental uma nova visão e organização de sociedade bem como da idéia dos direitos do homem e do cidadão. Neste momento, haverá também o reconhecimento da liberdade, da igualdade e da solidariedade; valores fundamentais e essenciais tanto para a noção de cidadania democrática, quanto para a compreensão dos direitos humanos. Entretanto, era a idéia de igualdade limitada, restritiva que predominava pois quando Olimpe de Gouges requereu que a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão contemplasse claramente os direitos das mulheres, foi considerada contra a Revolução, pagou com a própria vida, foi decapitada junto com muitas mulheres que já levantavam as bandeiras feministas.

Já os direitos considerados de *segunda geração* são os ditos direitos sociais, econômicos e culturais, decorrentes da Revolução Socialista. São todos os direitos ligados ao mundo do trabalho e também aos de caráter mais geral como o direito à educação, saúde, habitação, lazer e segurança. Esses direitos foram conquistados pelos trabalhadores em suas lutas já no século XIX e acentuados no século XX com as lutas socialistas.

A *terceira geração dos direitos humanos* é aquela que diz respeito aos direitos coletivos da humanidade. Compreendem a defesa ecológica, a paz, ao desenvolvimento e a partilha do patrimônio científico, cultural e tecnológico, os quais são considerados direitos de solidariedade planetária.

As três gerações dos direitos humanos fundem-se com as etapas históricas da cidadania, englobando os ideais da Revolução Francesa “liberdade, igualdade e fraternidade” e os ideais da Revolução Socialista, direitos econômicos, culturais e sociais. Conforme a autora afirma, são direitos naturais, universais e históricos, indivisíveis e interdependentes, porque à medida que são acrescentados ao rol de direitos fundamentais da pessoa humana, não podem ser mais fragmentados.

⁴ Ver também Dornelles (1998) e Carvalho (2004)

Mesmo com essas importantes conquistas em todas as áreas de atividades humanas é necessário salientar as atrocidades cometidas em desrespeito aos direitos humanos, como a barbárie do nazismo num exemplo extremo da intolerância. Este momento é um marco que levou, ao final da Segunda Guerra Mundial, à promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, iniciando um período histórico calcado em valores que seriam comuns a todos os seres humanos; as liberdades individuais foram contempladas em várias declarações e firmadas nas constituições de diversos países.

Atualmente reconhece-se uma *nova cidadania*, que implica no conjunto de deveres e direitos, individuais, culturais e principalmente com participação na vida pública. O conceito de cidadania, bem como o de direitos humanos, está sempre em processo de construção e transformação, com possibilidade de avanços, contudo, também de retrocessos, pois não podemos esquecer de que sob o capitalismo, que provoca a desigualdade e a exclusão, inclusive, de direitos, a democracia não tem conseguido resolver estes graves problemas sociais, conforme já apontado no início deste texto.

No Brasil, a idéia de direitos humanos costuma ter uma conotação deturpada, associando-a com a marginalidade e a criminalidade. Principalmente após as atrocidades ocorridas na ditadura militar, quando as instituições defensoras dos direitos humanos assumiram posturas em favor dos presos políticos, que mesmo que condenadas de acordo com a lei vigente, aquelas pessoas tinham direitos invioláveis em sua defesa e proteção. É nos países que mais violam os direitos humanos que essa idéia permanece deturpada e ambígua, havendo “a necessidade de colocar os direitos humanos no seu devido lugar” Benevides (2004, p. 48).

De acordo com Dallari (1998) as lutas políticas de oposição e resistência democrática contra os regimes autoritários das últimas décadas do século XX, na América Latina, despertaram, para os defensores dos direitos humanos e para parcela significativa da população, a atenção para o problema das liberdades, garantias e direitos. Assim, nas sociedades contemporâneas vamos presenciar as demandas pelas necessidades e especificidades, reivindicação de direitos, de cada setor social (mulheres, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, população negra, população LGBT, indígenas, trabalhadores(as) do campo).

Conforme Fitoussi e Rosanvallon (1997, p. 12-15), continuamos a “viver numa sociedade fortemente diferenciada: as desigualdades, ainda que á não tenham a dimensão das do passado, persistem com intensidade. [...]” Como aponta o autor, “a insegurança é hoje a palavra-chave. Assalariados, funcionários, reformados: todos eles, confundindo-se, exprimem o mesmo dedo dos amanhãs incertos”.

Entretanto, apesar dos desafios vivenciados pelas sociedades contemporâneas, democráticas, mas sob a influência neoliberal, houve avanços em termos de garantias em termos legais e em termos de políticas, contemplando, inclusive o direito dos idosos e das idosas. Na sequência, discutiremos alguns dos pressupostos dos documentos que abordam os direitos humanos deste setor social.

2 DIREITOS HUMANOS DAS IDOSAS E DOS IDOSOS: ORIENTAÇÕES DE ALGUNS DOCUMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

Durante o ano de 1999, o Ano Internacional das Pessoas Idosas, pela Organização das Nações Unidas, é publicado um documento sobre o envelhecimento no âmbito dos direitos econômicos, sociais e culturais que, aliado aos principais documentos da ONU, servia para lembrar que as pessoas idosas têm direitos específicos e “bem determinados que devem ser tão respeitados como todos os outros direitos humanos” (ONU, 1999).

Em 1982, a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aprovou o *Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento*. Esse Plano de Ação contém sessenta e duas recomendações em termos de políticas para os países voltadas à garantia dos direitos humanos das pessoas idosas. Em 1991, a Assembleia Geral aprovou os Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas [...]. Estes princípios estão divididos em cinco seções [...].

- “*Independência*” que inclui o acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário e aos cuidados de saúde adequados.

Direitos básicos a que se acrescentam a oportunidade de um trabalho remunerado e o acesso à educação e à formação.

- Por “*participação*” entende-se que as pessoas idosas deveriam

participar activamente na formulação e aplicação das políticas que afectem directamente o seu bem-estar e poder partilhar os seus conhecimentos e capacidades com as gerações mais novas bem como poder formar movimentos ou associações.

- A secção intitulada “*cuidados*” afirma que as pessoas idosas deveriam poder beneficiar dos cuidados da família, ter acesso aos serviços de saúde e gozar os seus direitos humanos e liberdades fundamentais, quando residam em lares ou instituições onde lhes prestem cuidados ou tratamento.
- No que se refere à “*auto-realização*”, os “Princípios” afirmam que as pessoas de idade deveriam poder aproveitar as oportunidades de desenvolver plenamente o seu potencial, mediante o acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.
- Por fim, a secção intitulada “*Dignidade*” afirma que as pessoas de idade deveriam poder viver com dignidade e segurança, e libertas da exploração e maus tratos físicos ou mentais, ser tratadas dignamente, independentemente da idade, sexo, raça ou origem étnica, deficiência, situação económica ou qualquer outra condição, e ser valorizadas independentemente do seu contributo económico. (ONU, 1999, p. 2-3)

Em 1992, a Assembleia Geral aprovou quatro objetivos globais sobre o envelhecimento para o ano 2001 e um guia para determinar os objetivos nacionais. Neste mesmo ano, a Assembleia Geral aprovou a Declaração sobre o Envelhecimento na qual pede o apoio dos países membros no sentido de desenvolver iniciativas relacionadas com o envelhecimento, de modo que as mulheres de idade avançada “recebam o apoio adequado pela contribuição - ainda não reconhecida - que prestaram à sociedade e que se incentivem os homens de idade avançada a desenvolver aquelas capacidades sociais, culturais e emocionais que podem não ter potenciado durante os anos em que sustentaram a família. [...]” (ONU, 2001, p. 3)

Em 1999, declarou este como o Ano Internacional das Pessoas Idosas em reconhecimento da “longevidade” demográfica da humanidade. A partir deste momento, os organismos especializados das Nações Unidas prestaram também atenção ao problema do envelhecimento, nas suas esferas de competência.

3 OS DIREITOS DAS PESSOAS IDOSAS NO QUE SE REFERE AO PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais não faz uma referência explícita aos direitos das pessoas idosas, embora o artigo 9º, que trata do “direito de todos à segurança social, incluindo o seguro social”, reconheça implicitamente o direito aos subsídios de velhice. Outra questão importante é esclarecer que o Pacto proíbe a discriminação com base na idade, um aspecto observado na legislação da maioria dos Estados (ONU, 1999, p. 4).

Cabe ressaltar, entretanto, que nem o referido Pacto, nem sequer a Declaração Universal dos Direitos Humanos, fazem referência explícita à idade.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais considera que os Estados Partes no Pacto devem prestar uma atenção especial à promoção e proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais das pessoas idosas.

[...] Os relatórios examinados até agora não forneceram dados sistemáticos sobre a situação das pessoas idosas, no que se refere ao cumprimento do Pacto. [...] O Comitê verifica que a grande maioria dos relatórios dos Estados Partes continua a referir-se pouco a esta importante questão. Por conseguinte, deseja comunicar que, no futuro, insistirá em que a situação das pessoas de idade relativamente a cada um dos direitos reconhecidos no Pacto seja abordada adequadamente em todos os relatórios. [...] (ONU, 1999, p.8)

3.1 DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS DO ARTIGO 3º DO PACTO

No que tange à *Igualdade de direitos para homens e mulheres*, constatamos no documento, a consciência de que a problemática envolve diferenças quando consideramos homens e mulheres. A desigualdade de gênero, com maior discriminação para com as mulheres, também nesta faixa etária é constatada. Com relação à situação das mulheres nesta faixa etária, pelo fato de terem se dedicado durante toda sua vida ao trabalho junto à família, o documento afirma,

os Estados Partes deveriam prestar uma atenção especial às mulheres de idade avançada que - tendo dedicado toda ou parte da sua vida ao cuidado da sua família, sem uma atividade remunerada que lhes dê direito

a receberem uma pensão de velhice, e que também não têm direito a uma pensão de viudez se encontram, frequentemente, em situações críticas. [...] Os Estados Partes deveriam criar subsídios não contributivos ou outro tipo de ajudas para todas as pessoas, independentemente do seu sexo, que careçam de recursos, quando atingem uma idade especificada na legislação nacional. [...] (ONU, 1999, p.8).

Quando referem-se aos *Direitos relacionados com o trabalho* ressalta a necessidade de adotar medidas que evitem a discriminação por uma questão de idade no emprego e na profissão. Afirma a necessidade de garantir que os trabalhadores de idade avançada gozem de condições de trabalho seguras. Sugere, também, que “é desejável dar emprego a trabalhadores de idade avançada, em circunstâncias que permitam fazer a melhor utilização da sua experiência e conhecimentos” (ONU, 1999, p.5). Sugere ainda que se desenvolvam programas que proporcionem informação aos trabalhadores de idade avançada sobre: os seus direitos e obrigações como pensionistas; oportunidades e condições para poderem continuar uma atividade ou empreender um trabalho voluntário; meios de combater os efeitos prejudiciais do envelhecimento; instalações para educação de adultos e atividades culturais, e utilização do tempo livre. É importante ressaltar que, embora os documentos destaquem a desigualdade de gênero, utilizam na redação o masculino universal, neste sentido, contribui para a visão androcêntrica de mundo e não mencionando a desigualdade de gênero no mundo do trabalho.

No artigo 9º é abordado o *Direito à segurança social* que ressalta a necessidade de que os Estados Partes “reconheçam o direito de todas as pessoas à segurança social”, entretanto, sem especificar o tipo ou nível de proteção que deverá ser garantida.

Os Estados Partes devem adoptar medidas adequadas que permitam estabelecer regimes gerais para um seguro de velhice obrigatório, a partir de uma determinada idade, prescrita na legislação nacional. [...] devem garantir o pagamento de prestações aos sobreviventes e órfãos quando falece a pessoa responsável pelo sustento da família que estivesse sob a cobertura da segurança social ou a receber uma pensão. [...] (ONU, 1999, p.6).

Apesar de afirmar que as pessoas nesta idade devem ter segurança, na sequência, afirma que os “Estados Partes deveriam, em conformidade com os recursos disponíveis [...]”, neste sentido, deixa brechas para que os Estados não se esforcem por cumprir esta determinação. Apesar disso, reafirmam a necessidade de outros subsídios para pessoas que não “tenham concluído o período de qualificação contributivo e não tenham direito a uma pensão de velhice ou a outro tipo de prestação de segurança social ou ajuda, e que careçam de outra fonte de rendimentos” (ONU, 1999, p. 7).

No que se refere à *Protecção da família*, o documento sugere que

[...] Os governos e organizações não governamentais têm o dever de criar serviços sociais que apoiem a família, quando existam pessoas idosas no agregado familiar, e de aplicar medidas destinadas especialmente às famílias de baixos rendimentos que desejem manter em casa as pessoas de idade avançada. (ONU, 1999, p. 7).

No que tange ao *Direito a um nível de vida adequado*, o documento afirma que as pessoas idosas deveriam ter acesso a direitos básicos que todas as pessoas têm direito, em qualquer fase da vida, contudo, sabemos quem grande parte da população mundial não tem ainda acesso a tais direitos. Como se constata, também idosos e idosas devem ter o direito à, “[...] alimentação, à água, à habitação, ao vestuário e aos cuidados de saúde adequados por meio da atribuição de rendimentos, ao apoio das suas famílias e da comunidade e à sua própria auto-suficiência” (ONU, 1999, p. 8).

Afirma ainda, que as políticas dos países membros deveriam contribuir para que as pessoas idosas permanecessem nos seus próprios lares “durante tanto tempo quanto seja possível, mediante o restauro, desenvolvimento e melhoria das habitações [ambiente, mobilidade] [...]”, possibilitando a adaptação dos lares às possibilidades de acesso e utilização para as pessoas idosas (ONU, 1999, p. 8).

Outro pressuposto presente no documento é o *Direito à saúde física e mental*. Para a garantia deste direito, é sugerido centrar a atenção “[...] em proporcionar políticas de saúde destinadas a preservar a saúde dos idosos, partindo de uma visão de conjunto que vá da prevenção e reabilitação aos cuidados do doente terminal”. Afirma, ainda, que os Estados Partes deveriam considerar que para que se chegue à velhice com saúde, é neces-

sário “investimentos durante a vida, essencialmente mediante a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentos, exercício, eliminação do tabaco e do álcool)”. Ressalta a necessidade da prevenção através de “exames regulares adaptados às necessidades dos idosos desempenha um papel decisivo, tal como a reabilitação, a manutenção das capacidades funcionais das pessoas idosas”. Acrescentam, ainda, mostrando a preocupação também com a questão econômica, que tais cuidados podem reverter em “uma diminuição dos custos de investimento em cuidados de saúde e serviços sociais”. (ONU, 1999, p.7).

Outro direito relacionado aos outros pressupostos já mencionados é o *Direito à educação e à cultura*, vistos como também necessários à garantia da *saúde física e mental*. O documento recomenda que este direito deve ser abordado a partir de dois ângulos diferentes e complementares: “o direito das pessoas idosas a beneficiar de programas educativos; e pôr os seus conhecimentos e experiência à disposição das gerações mais jovens”. (ONU, 1999, p.7).

No que se diz respeito ao primeiro, argumentam que os Estados Partes devem considerar que

[...] as pessoas idosas deveriam poder aceder a programas de educação e formação adequados e, portanto, com base na sua preparação, capacidades e motivação, deveriam poder aceder a diversos níveis de educação mediante a adopção de medidas adequadas no que se refere a alfabetização, educação permanente, acesso à universidade, etc. (ONU, 1999, p.8)

Referindo-se ao segundo ângulo, sugere o desenvolvimento de

[...] programas para pessoas idosas, não estruturados, baseados na comunidade, e orientados para o lazer, com a finalidade de desenvolver um sentido de auto-suficiência e de responsabilidade da comunidade. Tais programas deveriam contar com o apoio dos governos nacionais e das organizações internacionais. (ONU, 1999, p. 7).

O documento não esquece e valoriza o conhecimento e experiência das pessoas idosas, sugerindo que se deveria criar “programas de educação nos quais as pessoas idosas sejam os professores e transmissores de conhecimentos e de valores culturais e espirituais. [...]” (ONU, 1999, p. 7).

Ressaltando o exercício da cidadania das pessoas idosas, afirmam que os países deveriam elaborar políticas e desenvolver programas que possibilitem sua integração na sociedade, além de “participar activamente na formulação e aplicação das políticas que afectem directamente o seu bem-estar, e poder partilhar os seus conhecimentos e capacidades com as gerações mais jovens” (ONU, 1999, p.2).

Não esquecendo os bens culturais, além dos educacionais, afirmam que [...] “As pessoas de idade deveriam ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade”. [...] Exortam-se os governos e organizações internacionais a apoiar programas que facilitem o acesso físico dos idosos a instituições culturais (museus, teatros, salas de concertos, cinemas, etc.)”. [...] Os governos, as organizações internacionais e as próprias pessoas idosas precisam se esforçar por ultrapassar os estereótipos negativos que as apresentem como pessoas com deficiências físicas e psicossociais, incapazes de agir com autonomia, que não desempenham qualquer papel nem têm qualquer valor na sociedade. Afirma que estes esforços, nos quais devem participar os meios de comunicação e instituições educativas, são essenciais para a plena integração das pessoas idosas. Tais recomendações estão presentes também no Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (BRASIL, 2007, p. 8-9).

No que se refere ao direito de gozar dos benefícios decorrentes do progresso científico e suas aplicações, afirma que os Estados Partes deveriam fazer todos os “esforços possíveis para promover a investigação dos aspectos biológicos, mentais e sociais do envelhecimento e das formas de manter as capacidades funcionais e prevenir e retardar o aparecimento de doenças crónicas e deficiências” (ONU, 1999, p. 12).

Neste sentido, recomenda aos Estados, organizações intergovernamentais e organizações não governamentais a criação de instituições especializadas no ensino da Gerontologia, Geriatria e Psicologia Geriátrica, principalmente em países onde não exista este tipo de instituições.

4 FINALIZANDO AS REFLEXÕES SEM TERMINAR O DEBATE

Outro documento importante que trata dos direitos desta população, é o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que traz um novo olhar sobre o idoso e a idosa, os quais passam a serem vistos como sujeitos de direitos, conforme se lê no seu artigo terceiro

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, p. 1)

Apesar desta determinação, conforme Whitaker (2007), uma gama de preconceitos está relacionada aos idosos em nosso país. Isto mostra que a sociedade precisa ser educada para compreender o processo de envelhecimento sob uma nova visão. Como a autora aponta, é necessário rever as atitudes que infantilizam o idoso além disso, nas camadas exploradas, trata-o como indigente, transformando em esmola o que é direito, como no que se refere aos outros setores sociais. Há poucas políticas públicas que amenizam e que respeitam essa fase da existência, apesar dos direitos humanos garantidos constitucionalmente e estabelecidos como direitos sociais na legislação específica para esta população.

Conforme expõe Whitaker (2007), hoje, o idoso ou a idosa são, na melhor das hipóteses, aposentados. Não podem mais contar com o apoio da extensa família que no passado lhes garantia apoio e bem-estar. É estimulado, inclusive, nas políticas, que continuem ativos, que resolvam a maior parte dos seus problemas sozinhos. Devem frequentar grupos de terceira idade e ler livros de autoajuda, face às doenças que os ameaçam durante o envelhecimento. Há também uma ideologia desumana de que os idosos e as idosas não precisam receber o que recebiam quando em idade ativa; e um apelo midiático para esconder rugas e cabelos brancos. Acrescente-se a isso, ainda, o desrespeito no espaço urbano e no transporte público.

Nos documentos analisados, há afirmações apontando que pessoas idosas constituem um grupo tão heterogêneo e variado como os restantes grupos da população e encontram-se entre os grupos mais vulneráveis, marginais e desprotegidos, apesar da garantia de direitos na legislação.

Ressaltam, também, que em épocas de recessão e restruturação da economia, as pessoas idosas são um grupo especial de risco, como os outros setores sociais mais vulneráveis (mulheres e crianças). Relemboram, também, que mesmo em momentos de dificuldades econômicas, “os Estados Partes têm o dever de proteger os membros vulneráveis da sociedade”. Quanto aos métodos para cumprir as obrigações

[...] incluem a necessidade de determinar a natureza e alcance dos problemas dentro de um Estado por meio de uma vigilância regular, bem como a necessidade de adoptar políticas e programas formulados adequadamente para satisfazer os requisitos, promulgar leis quando seja necessário e eliminar toda a legislação discriminatória, e garantir o apoio orçamental pertinente ou solicitar a cooperação internacional, quando procedente. [...] (ONU, 1999, p. 14)

Em 1992, conforme já apontamos, a Assembleia Geral da ONU ressaltou a necessidade da criação de infra-estruturas de apoio nacional destinadas a promover políticas e programas sobre o envelhecimento, nos planos e programas de desenvolvimento nacionais e internacionais. Entretanto, nas celebrações do Ano Internacional das pessoas idosas, da ONU, em 1999, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, reforçou o pedido para que toda a sociedade brasileira se envolvesse no combate à violência contra idosos e idosas. Mostrou que, naquele período, a central de denúncias telefônicas do governo recebeu mais de 50 mil ligações apontando principalmente a negligência no cuidado com o idoso (cerca de 75% das chamadas). Afirmou, ainda, que o retrato desta violência tem sexo, “O perfil das denúncias indica que o maior número de vítimas são mulheres e têm entre 76 e 80 anos de idade”, o que demonstra a questão da desigualdade de gênero presente nesta faixa etária. Acrescentou, também, que no âmbito do Conselho Nacional do Idoso, houve a assinatura de um decreto que estabelece o compromisso nacional para o envelhecimento ativo, convocando que dezessete ministérios estivessem integrados para verificar todas as ações em curso, visando planejar o envelhecimento humano com qualidade de vida. Foi mencionada, também, a necessidade de se criar mais delegacias voltadas para o atendimento ao idoso e à idosa.

Apesar dos investimentos tanto em nível nacional quanto internacional no sentido do respeito aos direitos das pessoas idosas, há inú-

meros problemas sendo vivenciados por este setor social, dentre outros, a violência. Conforme pesquisas apontam, as idosas e os idosos, em todas as partes do mundo, continuam tendo seus direitos humanos violados e encontrando obstáculos na sua participação como membros igualitários da sociedade.

Também no caso brasileiro, verificamos que apesar das políticas e esforços para a garantia dos direitos desta população, ainda há um longo caminho a percorrer para que idosas e idosos sejam reconhecidos como sujeitos de direitos e para a concretização de uma sociedade que prime pelo respeito e dignidade para todos e todas, em qualquer fase da vida.

REFERÊNCIAS

- BENEVIDES, M. V. S. Cidadania e direitos humanos. In: CARVALHO, J. S. (Org.). *Educação, cidadania e direitos humanos*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Plano nacional de educação em direitos humanos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Presidência da República; Ministério da Educação; Ministério da Justiça; UNESCO, 2007. Disponível em: <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/D_H_Pessoas_Idosas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*, Brasília, 1 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 15 nov. 2013.
- CARVALHO, J. S. *Educação, cidadania e direitos humanos*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- DALLARI, D. A. *O que são Direitos Humanos e Cidadania*. São Paulo: Moderna, 1998.
- DORNELLES, J. R. W. *O que são Direitos Humanos*. São Paulo: Brasiliense, 1989
- FITUSSI, J. P.; ROSANVALLON. *A nova era das desigualdades*. Portugal: Celta Editores, 1997.
- ORGANIZAÇÃO NACÕES UNIDAS. Declaração universal dos direitos humanos. São Paulo: Governo do estado se São Paulo; Imprensa Oficial, 2011. Disponível em: <www.camaraiapuru.sp.gov.br/downloads/Constituicoes_declaracao.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO NAÇÕES UNIDAS. *Direitos humanos e pessoas idosas.* Secretariado do Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais: ONU, 1999. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/900-dia-internacional-das-pessoas-idosas>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO NAÇÃO UNIDAS. *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.* Madrid: [s.n.], 2006.

WHITAKER, D.C.A. *Envelhecimento e poder.* Campinas: Alínea, 2007.

WHITAKER, D. C. A. *O idoso na contemporaneidade:* a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. Cadernos CEDES. Campinas, v. 30, n.81, mai/ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622010000200004&lng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2013.

O DIREITO DA PESSOA IDOSA NAS CONSTITUIÇÕES DO BRASIL E DE PORTUGAL

Mariana Moron Saes Braga

INTRODUÇÃO

Diversos estudos oferecem dados realizados por órgãos responsáveis por levantamentos demográficos. Quando se referem à questão do idoso, as projeções apontam que em virtude do aumento da expectativa de vida, a pirâmide populacional tende a se alterar, seja no Brasil ou no mundo. Estes levantamentos indicam que o mundo está em um irreversível processo de envelhecimento e a pirâmide populacional não é mais propriamente uma pirâmide.

O envelhecimento acelerado da população exigirá inúmeras reflexões, sobretudo na ciência do direito.

Uma das questões a serem analisadas, refere-se ao tratamento dispensado pelas constituições estrangeiras e pela constituição brasileira à pessoa idosa, tentando nelas observar como os seus elaboradores conceberam a velhice.

O objetivo do presente capítulo é identificar semelhanças e diferenças em relação às disposições constitucionais endereçadas a pessoa idosa no Brasil e em Portugal. Para tanto, foi realizado um estudo de direito comparado entre as Constituições dos dois países.

Dentre as finalidades dos referidos estudos, ressalta-se que eles podem contribuir para o aperfeiçoamento do direito constitucional interno, no momento da elaboração ou modificação da Constituição pelo poder constituinte.

O capítulo foi dividido em três partes. Na primeira parte, buscou-se descrever o processo de especificação dos sujeitos de direito. O objetivo desta parte foi o de explicar a razão pela qual as pessoas idosas possuem direitos especiais consagrados nas Constituições dos Estados e na legislação esparsa. Na segunda parte apresenta-se o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita. Os resultados da referida pesquisa são apresentados na terceira e última parte.

1 OS DIREITOS ESPECIAIS PARA A PESSOA IDOSA

De maneira geral, as proteções legais constitucionais específicas para a pessoa idosa são recentes. No Brasil, por exemplo, com exceção de regras sobre aposentadoria, inseridas nas diversas constituintes, as Constituições anteriores à Constituição atual, promulgada em 1988, não se reportaram ao problema do idoso (DINIZ, 2011).

A partir das modernas Declarações de Direitos do final do século XVIII¹, os Estados passaram a consagrar em sua ordem jurídica interna a chamada igualdade formal, que se reduz à formula de que *todos são iguais perante a lei*. Esta expressão é decorrente da luta por direitos iguais, até então inexistentes na sociedade feudal, onde a estrutura social se baseava em privilégios.

Para a burguesia ascendente era fundamental garantir uma nova ordem jurídica na qual todos os indivíduos, sem exceção (ricos, pobres, crianças, jovens, idosos, trabalhadores manuais, comerciantes), pudessem ser considerados sujeitos de direitos. Ou melhor, uma nova ordem na qual todas as diferentes classes e categorias de pessoas tivessem igualmente seus direitos reconhecidos por lei.

Assim, a lei não mais poderia garantir os privilégios e seria considerada a medida de igualdade entre todos os seres humanos, por ser a única

¹ Destaque-se a Declaração francesa de 1789 e a Declaração americana de 1776.

expressão capaz de proteger e reconhecer os direitos fundamentais para todas as classes e categorias de pessoas, independentemente de sua posição política, idade, sexo, cor, religião, etc.

Diante deste cenário é que se introduziu a concepção formal da igualdade mas, com o tempo, percebeu-se a existência de uma enorme contradição entre os princípios formalmente divulgados e a realidade vivida cotidianamente por uma ampla maioria da população. Tornou-se necessário repensar o valor da igualdade, a fim de que as especificidades e as diferenças entre as pessoas fossem observadas e respeitadas (PIOVESAN, 2012).

Somente mediante uma nova perspectiva seria possível transitar da igualdade formal para a igualdade material ou substantiva. Esse processo implicou no reconhecimento e aceitação da diversidade. Surge, então, um aparato normativo especial em que o sujeito de direito passou a ser visto em sua especificidade e concreticidade. (BOBBIO, 1992).

No Brasil, o direito à igualdade nas Constituições anteriores à atual, foi também garantido de forma eminentemente formal. Somente na Constituição de 1988, encontra-se essa concepção renovada da igualdade. Encontram-se dispositivos específicos para a proteção das pessoas idosas, dos índios, da mulher, etc.

É neste momento que surge um sistema especial de proteção que tem como sujeito de direito, seja o indivíduo, entidades, organizações mas com características e necessidades específicas.

Na ótica contemporânea, a concretização da igualdade implica a implementação de duas estratégias que não podem ser dissociadas: o combate à discriminação e a promoção da igualdade (PIOVESAN, F ; PIOVESAN, L ; SATO, 2012, p. 263).

Para tanto, as instituições devem garantir a todas as pessoas o igual acesso aos direitos devidos pelo Estado. Ao mesmo tempo, devem evitar que os sujeitos porventura venham a sofrer *discriminações* decorrentes das diferenças pessoais existentes entre os integrantes da sociedade. Classifica-se como *discriminação* qualquer tipo de limitação que possa ser sofrida por alguém no acesso a um direito que lhe é devido.

A discriminação afeta de maneira profunda e negativa a convivência humana, estabelecendo diferenças graves entre as pessoas, negando direitos fundamentais e gerando conflitos. As pessoas discriminadas recebem tratamento diferenciado, sofrem proibições e marginalizações. Muitas vezes essas discriminações implicam humilhações ou sofrimentos morais de várias naturezas.

Nesse sentido, a *discriminação* é sempre um fator de quebra de igualdade, a não ser no caso das chamadas *discriminações positivas*, que orientam as políticas de ação afirmativa, cujo objetivo é o de assegurar a condição da igualdade por meio da concessão de direitos adicionais a pessoas com determinadas características.

As diferenças individuais podem ser provocadas por inúmeros fatores, e é nisto que consiste precisamente a situação de *diversidade*, que é algo positivo e que caracteriza o modelo mais complexo de sociedade, em que há o respeito à diversidade. São elas as diferenças de opinião, de escolha religiosa, de escolha afetiva, de escolha profissional, entre tantas outras (PIOVESAN, F; PIOVESAN, L; SATO, 2012, p. 263).

No entanto, em algumas circunstâncias as diferenças individuais podem gerar situações de *inferioridade* vinculadas à *hipossuficiência*, quer dizer, fatores de *fragilidade* que prejudicam a *capacidade* de alguém em conquistar direitos pelo *mérito próprio*. São aquelas nas quais, por fatores sociais ou pessoais, as diferenças produzem discriminações, que dificultam ou impedem o exercício efetivo da igualdade nas relações sociais, e que, por isso mesmo, precisam ser corrigidas pela sociedade por meio da distribuição desigual e justa do direito.

Seguindo a regra inspirada em Aristóteles (2002, p. 162), de tratamento igual aos iguais e desigual aos desiguais, para compensar a inferioridade derivada da *hipossuficiência*, pessoas nesta condição devem receber direitos em maior quantidade que os outros. Em suma, garante o Estado de Direito, e no Brasil não é diferente, que quaisquer pessoas em situação de hipossuficiência, de fragilidade, devem ser *protégidas* pelo poder público enquanto perdura a condição incapacitadora.

Para exemplificar, há casos brandos de inferioridade, que consistem naquelas diferenciações provocadas pelas circunstâncias de hipos-

suficiência da vida, como a infância, a velhice, a gravidez. E há os casos graves de inferioridade, que não são decorrentes da hipossuficiência, como aqueles provenientes das injustificadas diferenças sociais, nas quais pobres e ricos estão separados pelo abismo das diferenças de qualidade de vida, de oportunidades, entre tantas outras. Também há o caso do preconceito racial, que desiguala e inferioriza negros em relação a brancos.

No meio disso, são comuns os casos de discriminação decorrentes de preconceitos relacionados a diferenças físicas (sensoriais, físicas, motoras, comportamentais e cognitivas), propriamente aquelas cotidianamente vinculadas às *deficiências*. Nesses casos, a diferença inferioriza duplamente, porque não se trata apenas da discriminação derivada de preconceito. Pior ainda, trata-se de uma situação de inferioridade produzida por condições físicas, orgânicas, *limitadoras, incapacitantes*, que se não forem devidamente compensadas pela sociedade, proporcionam a tais pessoas dificuldades enormes, senão intransponíveis, no exercício efetivo do direito comum a todos na coletividade.

Nesse sentido, há que se considerar o sistema jurídico como fator que pode atuar duplamente na vida de qualquer pessoa idosa: ao mesmo tempo em que lhe assegura benefícios, também pode lhe impor restrições em razão da idade.

É isto que se pretendeu analisar no presente estudo, a forma pela qual os idosos são considerados no sistema jurídico do Brasil e em Portugal, especificamente nas Constituições desses dois países.

2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de direito comparado entre as Constituições em vigor, no Brasil e em Portugal. Uma breve descrição das duas constituições estudadas será apresentada no item a seguir. A análise ocorreu mediante as diretrizes da análise de conteúdo de Bardin (2011).

Foram definidas três categorias de análise. A primeira categoria, nomeada de: *Definição e terminologia adotadas pelas constituições* foi defi-

nida a priori¹. Para definir tal categoria considerou-se, de antemão, a discussão apontada pela literatura sobre a definição legal do idoso (DINIZ, 2011; RAMOS, 2002; BRAGA, 2011) e apresentada no respectivo item.

Para identificação das outras duas categorias foi realizada a leitura do material, ou seja, das duas constituições. A partir da leitura foram identificados no texto constitucional os artigos que continham os seguintes termos ou expressões: envelhecer, envelhecimento, idade, idosa, idoso, sessenta anos, sessenta e cinco anos, setenta anos, setenta e cinco anos, velha, velhice, velho.

Do conjunto de artigos que continham o termo idade, foram eliminados dos resultados encontrados aqueles que relacionavam o termo à questão da infância ou que estabeleciam idade mínima (e não máxima) para exercício de algum cargo. Como exemplo, o artigo 69 da Constituição de Portugal, que trata da idade escolar:

Art. 69.º(Infância)

1. As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.
2. O Estado assegura especial protecção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal.
3. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em *idade escolar*. (grifo nosso)

Outro exemplo encontra-se na Constituição brasileira, no §3º do art.14 que estabelece as condições de elegibilidade para cargos políticos no país e a idade mínima para o seu exercício:

- § 3º - São condições de elegibilidade, na forma da lei:
- I - a nacionalidade brasileira;
 - II - o pleno exercício dos direitos políticos;
 - III - o alistamento eleitoral;
 - IV - o domicílio eleitoral na circunscrição;
 - V - a filiação partidária; Regulamento

¹ De acordo com Franco (2012, p.64): *neste caso, as categorias e seus indicadores são predeterminados em função da busca a uma resposta específica do investigador.*

VI - a idade mínima de:

- a) trinta e cinco anos para Presidente e Vice-Presidente da República e Senador;
- b) trinta anos para Governador e Vice-Governador de Estado e do Distrito Federal;
- c) vinte e um anos para Deputado Federal, Deputado Estadual ou Distrital, Prefeito, Vice-Prefeito e juiz de paz;
- d) dezoito anos para Vereador.

Foram encontrados os seguintes resultados:

| Termo ou expressão | Constituição Brasileira | Constituição Portuguesa |
|-----------------------|--|-------------------------|
| Envelhecer | ----- | ----- |
| Envelhecimento | ----- | ----- |
| Idade | art.3, art.5, art.7, art.40, art.73, art.89, art.100, art.101, art.142, art.201 e art.97 do adct | art.59, art.67 e art.72 |
| Idosa | art.230 | art.72 |
| Idoso | art.77, art.203 e art.230 | ----- |
| Sessenta anos | art. 40 e art. 201 | ----- |
| Sessenta e cinco anos | art.40, art.73, art.101, art.104, art.107, art.111-a, art.115, art.201 e art230 | ----- |
| Setenta anos | art.14 e art.40 | ----- |
| Setenta e cinco anos | | ----- |
| Velha | ----- | ----- |
| Velhice | art.203 e art.229 | art.63 e art.64 |
| Velho | ----- | ----- |

Quadro 01 – Artigos das Constituições relacionados à pessoa idosa

Após a identificação e ordenação dos dados, além da primeira categoria a priori, foram definidas mais duas categorias de análise: *Discriminações em razão da idade avançada* e *Proteções específicas para os idosos*.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: AS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRA E PORTUGUESA

No direito constitucional, o código binário *continuidade/descontinuidade* significa basicamente o seguinte: existe *continuidade constitucional* quando uma ordem jurídico-constitucional que sucede a outra se reconduz, jurídica e politicamente, à ordem constitucional precedente. Há descontinuidade constitucional quando uma nova ordem constitucional implica uma ruptura com a ordem constitucional anterior (CANOTILHO, 2002).

Nesse sentido, existirá uma relação de descontinuidade quando uma nova constituição adquirir efetividade e validade num determinado espaço jurídico, sem que para tal se tenham observado os preceitos reguladores de alteração ou revisão da constituição vigente que, assim, deixa de ser, por sua vez, válida e efetiva no mesmo espaço jurídico.

Os conceitos de continuidade e descontinuidade, tal como acabam de ser mencionados, tomam em conta o procedimento e forma da mudança da constituição. Isto quer dizer que quando uma constituição é feita e aprovada segundo os esquemas regulatórios da velha constituição existe continuidade formal. Quando o novo texto constitucional postergou os preceitos do velho texto quanto ao procedimento de alteração ocorre uma descontinuidade formal.

A aplicação do código binário continuidade/descontinuidade formal à história constitucional brasileira e portuguesa permite-nos considerar os dois constitucionalismos como constitucionalismos dominados pelas rupturas ou descontinuidades formais. É o caso das constituições atuais de ambos os países, a de 1976 em Portugal e a de 1988 no Brasil.

A constituição portuguesa vigente, na primeira frase de seu preâmbulo, já descreve o momento histórico em que a Carta Magna foi promulgada, da Revolução dos Cravos: “*A 25 de Abril de 1974, o Movimento das Forças Armadas, coroando a longa resistência do povo português e interpretando os seus sentimentos profundos, derrubou o regime fascista*”. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, 1976)

Em 25 de abril de 1974, o Movimento das Forças Armadas com a operação *Fim-de-regime* derrubou a ditadura portuguesa, munido de três ideias fundamentais: democratizar, descolonizar e desenvolver.

O Programa de Transformação do Movimento determinava a convocação de uma Assembleia Constituinte num prazo de doze meses. Segundo Rezola (2012), desde o início, o objetivo do Movimento das Forças Armadas era derrubar a ditadura, iniciar um período de transição e então criar as condições para que a democracia fosse instaurada no país.

Uma combinação de fatores, como o prolongamento da Guerra de Independência das colônias portuguesas na África, a crise econômica na qual surgiu o sistema de Bretton Woods e o choque petrolífero de 1973, levou o Movimento das Forças Armadas a realizar o golpe de Estado e entregar o governo nas mãos de um setor das elites portuguesas, representado por António de Spínola.

O Movimento das Forças Armadas, cuja maioria de seus membros pertenciam a setores intermediários da sociedade e pouco politizados, tiveram a ajuda da Junta de Salvação Nacional (JSN) para tal ato. Esse golpe aplicado pelo Movimento das Forças Armadas ficou conhecido como Revolução dos Cravos (VARELA, 2012).

O primeiro governo provisório iniciou-se em maio de 1974 e reuniu membros do partido comunista português (PCP), dos socialdemocratas do Partido Socialista (PS) e dos liberais do Partido Popular Democrático (PPD), em uma coligação instável e frágil.

Tal fragilidade se refletiu na demissão de António de Spínola e sua substituição por Costa Gomes, pouco mais de cinco meses após o Movimento das Forças Armadas terem entregue o poder em suas mãos. A partir de maio o partido comunista português passou a objetivar como estratégia a *Aliança Povo-Movimento das Forças Armadas* e tentou apoiar-se nos militares para seguirem adiante com seu programa político (VARELA, 2012).

Passado o período inicial pós-golpe, surgiu uma polêmica sobre a data de realização das eleições para a Assembleia Constituinte. Alguns defendiam que fosse adiada, já que o país ainda não estava preparado politicamente; outros consideravam de extrema importância que o calendário estipulado pelo Programa do Movimento das Forças Armadas fosse seguido rigorosamente. Por fim, as eleições foram marcadas para 31 de março de 1975, dentro do prazo previsto (REZOLA, 2012).

Anterior aos acontecimentos do Pacto, ocorreu um fracassado golpe organizado pela direita e dirigido pelo general Spínola. Milhares de pessoas saíram as ruas, e os sindicatos, impulsionados pelo partido comunista português, mobilizaram todo o país para impedir que o golpe fosse bem-sucedido. Houve paralisação de fábricas e greves. Por fim, o golpe foi derrotado e seus organizadores foram presos. Entre os presos, vários oficiais e alguns dos homens mais ricos do país (VARELA, 2012).

No dia 12 de março, um dia após a tentativa de golpe de Spínola, o Conselho dos Vintes se transforma em Conselho da Revolução. Ele surge com o objetivo de ser um órgão que tivesse legitimidade popular e força militar para travar a revolução e a duplicidade de poderes. O Conselho da Revolução foi uma instituição essencial na consolidação do regime democrático (VARELA, 2012, p. 410).

O Movimento das Forças Armadas se absteve de sua participação na Assembleia, reafirmando sua completa isenção partidária. Todavia, era desejo da maioria que o Movimento das Forças Armadas mantivesse sua participação.

Após intenso debate, decidiram pela institucionalização do Movimento, o que garantiria como consequência a sua permanência, após a aprovação da nova Constituição, como órgão tutelar da democratização.

É a partir disto que o Conselho da Revolução, representante do Movimento das Forças Armadas, passou a ocupar o lugar de mediador e supervisor do processo da Constituinte. Seus representantes tinham o trabalho de facilitar a cooperação entre os partidos e impulsionar o andamento do processo, apresentando diariamente relatórios ao Conselho, porém não possuíam capacidade de intervenção. Segundo Rezola (2012), as poucas informações obtidas durante o período revelam que, na prática, a ação da Comissão do Movimento das Forças Armadas na Constituinte foi limitada e pouco relevante.

Com a criação da Comissão do Movimento das Forças Armadas, foi garantido que a Assembleia Constituinte não ultrapassaria os princípios do Programa do Movimento, respeitando o que havia sido conquistado com a Revolução.

No seu decorrer, a Assembleia foi diversas vezes alvo de acusações em que alegavam distorção de suas funções, pois, em vez de focar-se na elabo-

ração da nova Constituição, se demorava em críticas ao governo português. Em suma, a Constituinte era polêmica e, na prática, acabava por suplantar seus objetivos ao envolver-se em longas análises e debates sobre os problemas relacionados ao processo revolucionário que ocorria na época.

Até novembro de 1975, os trabalhos da Constituinte haviam sofrido diversos infortúnios, sendo continuamente bloqueados pela agitação político-militar e alterando-se de acordo com a conjuntura nacional. A partir desta data, as discussões e deliberações da Assembleia retomaram o passo e novas perspectivas se abriram.

Em 31 de março de 1976, o texto constitucional foi concluído. Alguns dias depois, em 2 de abril, a Constituição é aprovada com os votos favoráveis da maioria dos partidos portugueses, com apenas 15 votos contrários de deputados centristas, e promulgada pelo Presidente da República, no mesmo dia. Por fim, a Constituição entra em vigor em 25 de abril de 1976, exatos dois anos após a data que marcou a Revolução dos Cravos (REZOLA, 2012).

Para Varela , a Revolução dos Cravos,

É uma das revoluções mais importantes de todo o século 20: pela extensão da dualidade de poderes (comissões de trabalhadores, moradores, soldados). É uma revolução democrática que se transforma numa revolução social. Aquilo que começou a 25 de abril – um clássico golpe de Estado – é a semente de uma revolução social (que imprime mudanças nas relações de produção), encetada como uma revolução política democrática (que muda o regime político). (LARA; SILVA, 2015, p.124).

A Constituição de 1976 é, portanto, resultado do Movimento de 25 de abril de 1974, que derrubou o regime autoritário e tem como fundamentos a democracia representativa e a liberdade política. O poder constituinte emergente da Revolução de 25 de abril de 1974 pulverizou os procedimentos de revisão estabelecidos pela Constituição anterior, de 1933. A nova Constituição foi revista em 1982, 1989, 1992, 1997, 2001, 2004 e 2005² (CARVALHO, 2011).

² A revisão de 2005 limitou-se a acrescentar um novo artigo (art.295) legitimador do referendo sobre tratados europeus.

Assim como Portugal, o Brasil teve forte influência de ideologia revolucionária como caminho para a mudança dos formatos políticos e civis em sua organização como Estado. O movimento das Diretas Já tinha como principal função a reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil, ocorrido entre 1983 e 1985.

As Diretas Já ocorreriam a partir da votação da proposta de emenda constitucional do Deputado Federal Dante de Oliveira, eleito pelo PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) e empossado em 1983. A intenção do Deputado resumia-se em coletar as assinaturas para apresentar o projeto de emenda constitucional, o qual estabelecia eleições diretas por meio da aprovação, com 170 assinaturas de deputados e 23 de senadores.

Em 25 de abril de 1984 a emenda foi votada. Em virtude de uma manobra de políticos aliados ao regime, 112 deputados não compareceram ao plenário da Câmara no dia da votação e, portanto, a emenda foi rejeitada por não alcançar o número mínimo de votos para a sua aprovação.

Embora rejeitada a emenda de Dante de Oliveira na Câmara dos Deputados, o movimento pelas Diretas Já teve grande importância na redemocratização do Brasil. As lideranças do movimento passaram a configurar a nova elite política brasileira e o processo de redemocratização culminou com a volta do poder civil em 1985 e na aprovação de uma nova Constituição Federal de 1988, implicando, desta forma, na realização das eleições diretas para Presidente da República em 1989 (KOTSCHO, 1984).

Com a ascensão do neoliberalismo minimizando o papel do Estado, a saída de um regime militar e a influência de movimentos de cunho ideológico, como o Diretas Já, o Brasil passou por um lento processo de redemocratização.

Este processo de redemocratização delineou, principalmente na esquerda política, um trabalho de campanhas que previam, sobretudo, projetos voltados para o âmbito social e econômico, de forma a assegurar as garantias individuais de cada cidadão. Parte dos parlamentares chamados progressistas se voltou para temas que não constavam ou não eram tratados de forma específica no ideário da esquerda ortodoxa, como a questão ambiental e os direitos das minorias, assimilando até propostas de modernização do Estado de algum modo assemelhadas ao ideário socialdemocrata

ou mesmo a aspectos do liberalismo, a exemplo da privatização de alguns setores da economia (MONCLAIRE, 1991).

Essas questões eram debatidas em reuniões plenárias de categorias profissionais, partidos e assembleias universitárias. O debate das posições antagônicas às dos progressistas era favorecido pelo apoio dos empresários de comunicação, cujos veículos repercutiam, em maiores dimensões, as propostas em defesa da livre iniciativa e de resistência aos avanços pretendidos pelas esquerdas. Com a Assembleia já instalada, os progressistas neutralizaram, de certo modo, os efeitos da ofensiva publicitária e dos lobbies dos conservadores, por meio de uma aguerrida pressão junto aos constituintes, nas galerias e nas comissões da Câmara e Senado, e em manifestações no gramado em frente ao Congresso. Juntamente com as emendas de iniciativa popular, os progressistas conseguiam aos poucos inserir grande parte da população na construção de um novo conjunto de leis, capaz de abranger várias fatias da sociedade de forma mais satisfatória (MONCLAIRE, 1991).

Participaram da escolha dos constituintes mais de 69 milhões de eleitores. A Assembleia foi integrada por 559 parlamentares (487 deputados e 72 senadores), com renovação de 45% em relação à composição do Congresso na legislatura anterior.

A campanha que precedeu a eleição encerrou o mais importante ciclo da história republicana, no que diz respeito ao pluralismo de propostas, ao embate ideológico e ao vigor cívico da participação do povo nas ruas e praças públicas. Na eleição para a Constituinte foi também significativo, em termos proporcionais, o crescimento da representação feminina na Câmara, que passou de 7 para 26 integrantes, numa bancada em que predominaram mulheres que haviam se projetado nos seus Estados pelo engajamento nas campanhas cívicas dos anos 70/80 e em movimentos populares (BACKES; AZEVEDO, 2008).

A Constituição Federal de 1988 também demarca, no âmbito jurídico, o processo de democratização Estado brasileiro, ao consolidar a ruptura com o regime autoritário militar, instalado em 1964. Introduz indiscutível avanço na consolidação legislativa das garantias e direitos

fundamentais e na proteção de setores vulneráveis da sociedade brasileira (PIOVESAN, 2012).

Para Piovesan (2012, p. 80) *a partir dela, os direitos humanos ganham relevo extraordinário, situando-se a Carta de 1988 como o documento mais abrangente e pormenorizado sobre os direitos humanos jamais adotado no Brasil.*

De acordo com Miranda (2002, p. 145) as Constituições do Brasil e de Portugal apresentam muitos traços em comum: a extensão das matérias com relevância constitucional, o cuidado posto na garantia dos direitos de liberdade, a promessa de numerosos direitos sociais, a descentralização, a abundância de normas programáticas, etc.

Para o autor mencionado, a Constituição brasileira consagrou regras ou institutos indiscutivelmente provindos da portuguesa: a definição do regime como Estado Democrático de Direito, alguns direitos fundamentais, o estímulo ao cooperativismo, o alargamento dos limites materiais da revisão constitucional e a fiscalização da inconstitucionalidade por omissão.

Estruturalmente a Constituição da República Federativa do Brasil contém um preâmbulo, nove títulos que correspondem a duzentos e cinquenta artigos e mais o ato das disposições constitucionais transitórias³ com noventa e sete artigos. Entrou em vigor em 5 de outubro de 1988 (LENZA, 2011).

A Constituição de Portugal possui duzentos e noventa e seis artigos e entrou em vigor no dia 25 de Abril de 1976. É a mais longa constituição portuguesa que já entrou em vigor, se divide em um preâmbulo e mais quatro partes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados encontrados sobre as três categorias de análise são descritos a seguir:

³ Conforme Lenza (2011, p.161), o ato das disposições constitucionais transitórias tem natureza de norma constitucional e poderá, portanto, trazer exceções às regras colocadas no corpo da Constituição. Assim, como no corpo encontramos regras e exceções a essas regras, também o ato das disposições constitucionais transitórias poderá excepcionar regras gerais do corpo, por apresentar a mesma natureza jurídica delas.

3.1 DEFINIÇÃO E TERMINOLOGIA ADOTADA PELAS CONSTITUIÇÕES

Tanto a definição bem como a nomenclatura a ser utilizada para se referir as pessoas com mais idade são questões frequentemente debatidas e revisadas pelos estudos e pesquisas sobre envelhecimento (MARTINEZ, 1997; BOBBIO, 1997; QUARESMA, 2008; PEIXOTO, 1998).

Na Constituição brasileira encontra-se o uso dos dois termos, *idoso* e *pessoa idosa* enquanto que o constituinte português fez opção pela expressão *pessoa idosa*. A seguir, um artigo da Constituição Brasileira que utiliza os dois termos no mesmo dispositivo:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as *pessoas idosas*, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º - Os programas de amparo aos *idosos* serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos. (grifo nosso)

Também é possível depreender da literatura que a adoção dos termos *idoso* e *pessoa idosa* nas Constituições, tanto do Brasil como de Portugal, pareceu ser a mais indicada em contraponto ao termo velho, que é considerado depreciativo (RAMOS, 2002; INDALENCIO, 2007).

Conforme apresentado no quadro 01 anteriormente, o texto das duas Constituições não utilizou o termo velho(a) para se referir as pessoas com mais idade. Também não se referiram ao processo de envelhecimento.

Estabelecer quem é a pessoa idosa ou quem pode ser considerado idoso não é uma tarefa fácil. Porém, para os textos legais esta é uma questão importante pois trata de definir quem é o destinatário deste grupo de normas, ou seja, de definir que pessoas são atingidas por este conjunto de direitos e deveres.

Para se conceituar legalmente o idoso pode-se adotar diferentes critérios: o cronológico ou temporal, o psicobiológico, o econômico-social, etc.

Por se tratar de um critério objetivo, o critério geralmente adotado pelas legislações é o cronológico. Segundo o referido critério, é considerado idoso aquele que atinge determinada idade, comprovada através de certidão de nascimento ou documento assemelhado. Apesar de frequentemente adotado, Braga (2011) pontua que o problema do critério cronológico é o de não considerar as diferenças pessoais e a larga faixa etária que se vê abrangida pelo conceito.

Pelo critério psicobiológico, deve-se buscar uma avaliação individualizada da pessoa, seu condicionamento psicológico e fisiológico. Neste caso, o importante não é a faixa etária, mas as condições físicas e psíquicas em que se encontra a pessoa. Também de acordo com Braga (2011), este critério traz uma enorme carga de subjetividade e uma vez adotado poderia gerar uma enorme insegurança nas relações jurídicas.

Já o critério econômico-social considera idoso aquele que é hiposuficiente economicamente. Para Diniz (2001) este critério não é muito adequado pois considera como fator prioritário e fundamental apenas o patamar social e econômico da pessoa.

Ainda que hajam menções as pessoas idosas, nenhuma das duas Constituições explicitamente oferece um conceito legal de idoso. Segundo este conceito seria idoso aquele definido em lei como tal⁴.

Na constituição brasileira, o critério cronológico foi adotado em relação à gratuidade do transporte público mas não para as questões sobre os idosos em geral. Tal regra encontra-se disposta no §2º, do art.230: *aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.*

Outra distinção encontrada é a que se refere ao uso do termo velhice e terceira idade. Na Constituição de Portugal podemos encontrar as duas expressões, enquanto que a Constituição do Brasil utiliza apenas o termo velhice.

⁴ No Brasil, o idoso foi definido pela lei nº10.741/2003, que institui o Estatuto do Idoso. Referido estatuto veio regulamentar e assegurar o direito dos idosos, definidos como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Para Silva (2008), a velhice se estabeleceu como uma categoria etária por volta da virada do século XX e a terceira idade nas últimas décadas do mesmo século. Ainda de acordo com a autora,

São termos cuja formação é bastante específica e diferenciada, estando associados a momentos históricos, saberes médicos e sociais, movimentos políticos e interesses também distintos. No entanto podemos ainda nos perguntar se são efetivamente utilizados pelos sujeitos para fazer referência a vivências diferentes, ou se, no cotidiano, se misturam e entrelaçam de forma inesperada.(SILVA, 2008, p.166)

Para Silva (2008), alguns autores optam por compreender a terceira idade como resultado de uma espécie de reformulação da identidade da velhice, que, ao ter as suas características constitutivas alteradas, acabou por receber um novo termo que a identificasse.

Outra linha de análise entende a terceira idade como uma nova idade, inteiramente original, que vem se somar à infância, à adolescência e à idade adulta na composição do curso da vida. E ainda uma terceira linha de análise supõe que as características da terceira idade são tributárias da experiência geracional de determinado grupo social.

De acordo com Silva (2008, p. 813), apesar de ser concebida ainda como uma hipótese controversa, se tornou praticamente impossível envelhecer nos dias de hoje sem considerar a noção de terceira idade. E, seu surgimento pode favorecer a diversificação das formas de existência e a inovação subjetiva, acrescentando novas possibilidades à descrição das histórias de vida dos sujeitos.

3.2 DISCRIMINAÇÕES EM RAZÃO DA IDADE AVANÇADA

São três os artigos da Constituição portuguesa que fazem referência à idade. O primeiro deles, art.59, proíbe a discriminação em razão da idade, garantindo a todos os trabalhadores uma série de direitos como à remuneração, local de trabalho digno, assistência em caso de acidente de trabalho, etc. O segundo e o terceiro artigos tratam expressamente da terceira idade. Eles estabelecem que no intuito de proteger a família, cabe ao Estado criar uma política específica para as pessoas idosas. E ainda, que

a referida política deve englobar medidas de caráter econômico, social e cultural.

Não há na Constituição portuguesa artigos que mencionam as expressões sessenta anos, sessenta e cinco anos e setenta anos. A divisão que se dá por meio das datas de aniversário não foi utilizada pela referida legislação para estabelecer direitos e deveres.

Diferentemente da Carta Magna portuguesa, na brasileira encontram-se várias disposições que mencionam a questão da idade.

A Constituição brasileira proíbe expressamente o preconceito em virtude da idade em seu art3º:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Porém, ao longo do texto constitucional encontram-se vedações para as pessoas que completam um número determinado de anos de vida. Por exemplo, de acordo com o artigo 40, os servidores públicos que completam setenta anos de idade são obrigados a se aposentar.

Art. 40. Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo.

§ 1º Os servidores abrangidos pelo regime de previdência de que trata este artigo serão aposentados, calculados os seus proventos a partir dos valores fixados na forma dos §§ 3º e 17:

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição

Outro exemplo é o que trata da composição do Supremo Tribunal Federal em que os ministros que o comporão deverão ter menos de sessenta e cinco anos.

Art. 101. O Supremo Tribunal Federal compõe-se de onze Ministros, escolhidos dentre cidadãos com mais de trinta e cinco e menos de sessenta e cinco anos de idade, de notável saber jurídico e reputação ilibada.

Como se verá no item a seguir, a Constituição brasileira também estabelece discriminações positivas, concedendo direitos adicionais no intuito de promover a igualdade de fato ou substantiva.

3.2 PROTEÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS IDOSOS

A Constituição portuguesa faz menção específica à velhice e à pessoa idosa nos artigos 63, 64 e 72. Da leitura desses artigos, pode-se perceber que o constituinte português priorizou e relacionou a velhice à proteção dos seguintes valores: segurança social, saúde, segurança econômica, condições de habitação e convívio familiar.

Também pode-se depreender que os referidos artigos tratam dos valores mencionados de maneira abrangente, ou seja, não fixaram medidas mais concretas de modo a efetivá-los.

No caso brasileiro, além de vedações específicas, encontram-se no texto constitucional as chamadas discriminações positivas para as pessoas que completam determinada idade. É o caso do §2º do art.230 que garante a gratuidade do transporte urbano coletivo para as pessoas acima de sessenta e cinco anos.

Há também situações em que o constituinte brasileiro ao invés de proibir ou permitir determinada conduta, apenas estabeleceu uma permissão. Por exemplo, o art.14, §1º, II,b determina que o voto direito e secreto é facultativo para as pessoas acima de setenta anos.

Ante o exposto, é possível afirmar que ao tratar da pessoa idosa, a Constituição do Brasil é mais prolixia. Também, ao estabelecer proibições e obrigatoriedades considerando o critério cronológico, o faz de maneira indiscriminada. Diversos artigos atingem pessoas que possuem sessenta anos, outros as que possuem sessenta e cinco anos e outros ainda as pessoas que completaram setenta anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise realizada é possível apontar uma semelhança encontrada entre as duas Constituições, relacionada à definição. Embora a Constituição do Brasil utilize o critério cronológico quando garante a gratuidade do transporte público, nenhuma das duas Constituições define a pessoa idosa. É possível supor que o legislador constituinte fez a opção de deixar que a definição fosse estabelecida pela legislação infraconstitucional. Pode-se afirmar que esta decisão foi mais acertada tendo em vista que o processo de mudança constitucional é em geral mais rigoroso que o de outras espécies legislativas.

Também, da comparação realizada, dentre as diferenças encontradas, duas merecem destaque. Uma delas refere-se à nomenclatura. Enquanto o constituinte português fez uso da expressão terceira idade, a Constituição do Brasil utilizou apenas o termo velhice para se referir a uma fase do processo de envelhecimento humano.

Outra diferença encontrada diz respeito às discriminações em razão da idade avançada. Ao contrário da Constituição portuguesa que não estabelece tais discriminações, a Constituição brasileira estabelece uma série de vedações para as pessoas que completam determinado tempo de vida.

Ainda que não haja unanimidade no campo de estudos sobre envelhecimento, a maioria deles aponta que a experiência de envelhecer na contemporaneidade está se modificando. Diante disso, as discriminações em razão da idade estabelecidas pela Constituição brasileira que visavam a promoção da igualdade, correm o risco de terem, para muitos, se tornado injustificadas e consequentemente injustas.

REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. *A Política*. Tradução Roberto Leal Ferreira. 2. ed . São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BACKES, A. L.; AZEVEDO, D. B. *A sociedade no Parlamento: imagens da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988*. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

- BOBBIO, N. *O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos.* Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BRAGA, P. M. V. *Curso de direito do idoso.* São Paulo: Atlas, 2011.
- CANOTILHO, J. J. G. *Direito constitucional e teoria da constituição.* 6. ed. Coimbra: Almedina, 2002.
- CARVALHO, K. G. *Direito constitucional.* 17. ed. Belo Horizonte: del Rey, 2011. 1356 p.
- DINIZ, F. P. *Direitos dos idosos na perspectiva civil-constitucional.* Belo Horizonte: Arraes Editores, 2011. 196 p.
- FRANCO, M. L. P. B. *Análise de Conteúdo.* 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 96 p. (Série Pesquisa).
- INDALENCIO, M. N. *Estatuto do idoso e direitos fundamentais: fundamentos da proteção da pessoa idosa no ordenamento jurídico.* 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) - Curso de Ciência Jurídica, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.
- KOTSCHO, R. *Explode um novo Brasil:* diário da campanha das diretas. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. 151 p.
- LARA, R.; SILVA, M. A. Entrevista com Raquel Varela: Revolução dos Cravos, condições de trabalho e vida em Portugal. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 123-130, jun. 2015 .
- LENZA, P. *Direito constitucional esquematizado.* 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 1196 p.
- MARTINEZ, W.N. *Direito dos idosos.* São Paulo : LTR, 1997.
- MIRANDA, J. *Teoria do Estado e da Constituição.* Rio de Janeiro: Forense, 2002. 546 p.
- MONCLAIRE, S. *A Constituição desejada:* SAIC: as 72.719 sugestões enviadas pelos cidadãos brasileiros à Assembléia Nacional Constituinte. 2. ed. Brasilia: Centro Gráfico do Senado Federal, 1991. 195 p.
- PEIXOTO, C. E. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998, p. 69-84.
- PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional.* 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 693 p.
- _____ ; PIOVESAN, L.; SATO, P. K. Implementação do direito à igualdade. In: PIOVESAN, F. *Temas de direitos humanos.* São Paulo: Saraiva, 2012.
- QUARESMA, M. L. Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. *Kairós*, São Paulo, v. 11, n. 2, p.21-47, 2008.

RAMOS, P. R. B. *Fundamentos constitucionais do direito à velhice*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002. 157 p.

REZOLA, M. I. O movimento das forças armadas e a assembleia constituinte na revolução portuguesa (1975-1976). *História Constitucional*, Oviedo, v. 1, n. 13, p. 635-659, 1 set. 2012.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 801-815, 2008.

VARELA, R. “Um, dois, três MFA...”: o Movimento das Forças Armadas na Revolução dos Cravos-do prestígio à crise. *Revista Brasileira de História*, v. 32, n. 63, p. 403-425, 2012.

A EDUCAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS E O ENVELHECIMENTO ATIVO/PRODUTIVO: POLÍTICAS, POSSIBILIDADES E CONSTRANGIMENTOS EM PORTUGAL E NO BRASIL

Maria Custódia Jorge Rocha

INTRODUÇÃO

Tendo percorrido e analisado alguns documentos políticos de produção internacional, europeia e de alguns Estados/Governos (Portugal e Brasil) prestamos, neste trabalho, uma atenção particular à forma como o envelhecimento tem vindo a ser tratado por parte destas instâncias, mais concretamente no que se refere à produção de política publicas orientadas para o âmbito da alfabetização/educação/formação/trabalho das pessoas idosas. Vemos como em ambos os países, pese embora as suas especificidades, existe preocupação estratégica em prosseguir com as orientações de nível internacional e salientamos os múltiplos constrangimentos que se impõem para que se efective a consolidação de uma política social, particularmente de uma política educativa geral e integrada, na qual as pessoas idosas possam ser consideradas como cidadãs de plenos direitos. De entre esses constrangimentos, damos destaque aos de ordem económica e tecnicista que assistem as designadas *políticas de envelhecimento ativo/produtivo* (ROCHA, 2009) que neste trabalho são criticamente questionadas.

1 DESENVOLVIMENTO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO/PROBLEMATIZAÇÃO

Consequência de uma impressionante redução da fertilidade e da mortalidade observadas ao longo do século XX e início do século XXI, o envelhecimento da população mundial, em números absolutos e relativos, tornou-se um fenômeno que se manifesta em todas as regiões e países, com exceção daqueles que se encontram em extrema pobreza. Em 1950, havia cerca de 204 milhões de pessoas idosas no mundo. Em 1998 alcançavam-se 579 milhões, um crescimento de quase 8 milhões de idosos por ano. Por volta de 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. Um quinto da população será uma população idosa, sendo que o número de pessoas com cem anos de idade ou mais aumentará 15 vezes, passando de 145000 (em 1999) para 2,2 milhões (em 2050). Estamos na *Era do Envelhecimento* (1975 – 2075) (OMS, 2007; IBGE, 2007; 2008), um envelhecimento que, politica e estrategicamente, se quer ativo (OMS, 1996, 2002; OCDE, 1998) e, sobretudo, produtivo (OCDE, 2001; ONU, 2002; WORLD BANK GROUP, 2015).

Se a Organização Mundial de Saúde perspetivou o envelhecimento enquanto *envelhecimento saudável e ativo* (OMS, 2005), essa noção é diluída quando esta mesma Organização adverte que o problema do envelhecimento, a nível mundial, constitui “um dado essencial para economistas e atuários que fazem previsões sobre as implicações financeiras das políticas de aposentadorias e pensões” (OMS, 2005). Ficam aqui as orientações políticas de saúde dirigidas às pessoas idosas sob dependência de critérios económicos. Estes últimos critérios são, no mesmo ano, explicitados no *Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento* (ONU, 2002) enformando propostas internacionais e nacionais (como é o caso de Portugal e do Brasil) que consistem na “participação activa dos idosos na sociedade e no desenvolvimento económico através da sua inserção no mercado de trabalho” (ONU, 2002).

Até ao início do século XX, passando sobre a revolução industrial no século XIX, as pessoas idosas foram dotadas à sua sorte nas sociedades ocidentais. Foi a formulação de um “conjunto de princípios e de

intervenções visando genericamente a população idosa” que fez emergir uma “política de velhice”. Assim, a *velhice invisível* adquiriu os contornos de uma *velhice identificável*, isto é, um grupo social homogéneo foi políticamente inscrito na categoria sociolaboral de *inactividade pensionada* (GUILLEMARD, 1981, p. 5).

De uma questão política, a velhice tornou-se questão académica, isto é, houve uma *transformação objetiva* conducente à emergência e à consideração do envelhecimento não só como problema político mas também como problema sociológico (LENOIR, 1996), o que em muito deriva de uma noção mais ampla de velhice/envelhecimento como “problema e questão social”. Pois:

Embora a velhice venha despertando, há mais de um século, a atenção dos poderes públicos, ela só atraiu o interesse das ciências sociais [...] há algumas décadas. A Antropologia ou Sociologia da velhice se constituíram como campos específicos de investigação a partir do surgimento de um novo fenómeno – o rápido crescimento da população de mais de 60 anos – tornou-se um “problema social”. E [...] transformou a velhice numa ‘questão social’ (PEIXOTO, 2000, p. 50).

A França é normalmente apontada como o país onde mais cedo se prestou atenção à velhice e ao envelhecimento. Mesmo assim, “foi somente no final do séc. XIX que os franceses passaram a dar um tratamento social à velhice, ao distinguirem os velhos dos mendigos internados nos ‘depósitos de velhos’ e nos asilos públicos” (PEIXOTO, 2000, p. 50).

Paulatinamente, e com desenvolvimentos específicos em cada país da sociedade ocidental, foram-se verificando mudanças substantivas em torno do problema/questão da velhice/envelhecimento, devendo dizer-se que, na maior parte dos países, as políticas públicas limitaram durante muito tempo a sua ação social à atribuição de pensões de *retraite* (em França), de reforma (em Portugal), de aposentadoria (no Brasil). Nos primeiros anos da segunda metade do século XX, a noção de *velhice visível e identificada* corresponde a uma noção de *velhice inativa e pensionada*.

Falando de desenvolvimentos e mudanças, haverá de mencionar, pela importância de que se revestem, as primeiras propostas de *uma política de velhice* apresentadas em França no *Relatório Laroque* (1962 apud

VELOSO, 2007). As propostas que ressaem deste relatório são reveladoras de novas formas de gestão política deste problema económico/questão social. Ao longo da segunda metade do século XX, estas novas formas de gestão da velhice/envelhecimento repercutiram-se em diversos países.

Em França, trata-se de

Uma política de velhice que preconizava a manutenção dos idosos no seu domicílio e não o seu internamento. De notar que as razões invocadas para a preferência de manter as pessoas idosas no domicílio são de ordem económica, embora apontem aspectos de índole psicológica e física da pessoa idosa. Esta nova forma de tratar a velhice proposta neste Relatório Laroque pressupunha e implicava a existência de equipamentos sociais que possibilitassem a permanência dos mais velhos nos seus meios ajudando-os nos mais diversos aspectos da vida do dia-a-dia. (VELOSO, 2007, p. 5).

Pode acrescentar-se ou reforçar-se que, ainda em França,

Foram, sobretudo, as consequências económicas que afectaram as estruturas financeiras das empresas e, posteriormente, do Estado, com o advento das aposentadorias, assim como as estruturas familiares que têm de arcar com o custo dos seus velhos, incapacitados de se sustentarem a si próprios (PEIXOTO, 2000, p. 50).

As consequências e causas de índole económica (fiscal), mais do que as de índole humanitária, ficarão, doravante, inscritas nas agendas políticas dos vários Estados, incluindo os do Brasil e de Portugal. Essas agendas, em muito, refletem o teor de orientações políticas internacionais onde se destacam discursos que permitem inferir sobre a pré-categorização das pessoas idosas como “problema social” e do envelhecimento como “problema económico”.

Como já dissemos, na sequência da França, em muitos outros países, mormente em Portugal e no Brasil, a formulação e aplicação de políticas sociais públicas de velhice, consignaram-se sob formato de medidas atinentes à previdência social, abarcando em primeiro lugar o direito à reforma/aposentadoria e, quando muito, o direito às condições de saúde (leia-se sanitárias). Fica fora desta estrutura política orientadora tudo o que diga especificamente respeito ao direito das pessoas idosas à educa-

ção e à cultura, direito esse que se encontra genericamente formulado na *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1948).

Se pensarmos especificamente em políticas atinentes à educação/formação das pessoas idosas, percebemos que elas não são percepíveis no *corpus* das políticas públicas de países como Portugal e Brasil. Assim acontece apesar de na *V Conferência Internacional de Educação de Adultos*, em Hamburgo – V CONFINTEA (1997) – ressaltar um conceito de educação de adultos que passa a englobar uma multiplicidade de processos formais e informais de aprendizagem e educação contínua ao longo da vida. Aqui se reconhece que “os adultos mais velhos têm muito a oferecer ao desenvolvimento da sociedade. Portanto, é importante que eles tenham a mesma oportunidade de aprender que os mais jovens. Suas habilidades devem ser reconhecidas, respeitadas e utilizadas” (V CONFINTEA, 1997).

E, se na V CONFINTEA (1997) se viu “com agrado a iniciativa de se proclamar a década da alfabetização, a partir de 1998, em homenagem a Paulo Freire”, a não inclusão das pessoas idosas nas estatísticas permite recordar, precisamente, a fala deste autor:

Na realidade, estes homens analfabetos ou não – não são marginalizados. Repetimos: não estão “fora de”, são seres “para o outro”. Logo, a solução de seu problema não é converterem- se em “seres no interior de”, mas em homens que se libertam, porque não são homens à margem da estrutura, mas homens oprimidos no interior desta mesma estrutura que é responsável por esta mesma dependência. Não há outro caminho para a humanização – a sua própria e a dos outros – a não ser uma autêntica transformação da estrutura desumanizante (FREIRE, 1980, p. 74-75).

Falar de estrutura política e de envelhecimento obriga a considerar a própria noção de envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo é perspetivado da seguinte forma pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1998):

Uma transição mais flexível em termos de trabalho-aposentadoria é um exemplo de “envelhecimento ativo” – a capacidade das pessoas, enquanto ficam mais velhas, para levar uma vida produtiva na sociedade e economia. Envelhecimento ativo implica um elevado grau de flexibilidade na forma como indivíduos e famílias optam por passar seu tempo ao longo da vida – no trabalho, na aprendizagem, no lazer e no cuidar do outro (OCDE, 1998).

E, se a Organização Mundial de Saúde perspetivou o envelhecimento enquanto *envelhecimento saudável e ativo* (OMS, 2005), essa noção é diluída quando esta mesma Organização adverte que o problema do envelhecimento, a nível mundial, constitui “um dado essencial para economistas e atuários que fazem previsões sobre as implicações financeiras das políticas de aposentadorias e pensões” (OMS, 2005). Ficam aqui as orientações políticas de saúde dirigidas às pessoas idosas dependentes de critérios económicos que exigem a integração ou permanência das pessoas idosas no mercado de trabalho. Estes últimos critérios são, no mesmo ano, explicitados no *Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento* (ONU, 2002) e enformam propostas como as de “participação activa dos idosos na sociedade e no desenvolvimento económico através da sua inserção no mercado de trabalho” (ONU, 2002).

Na União Europeia justifica-se a adoção das orientações políticas internacionais quanto ao envelhecimento ativo, partindo da própria aceção da OMS (2002). Num documento da *European Network of Heads of PES* (2011) diz-se explicitamente:

O envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas em envelhecimento. Esta definição inclui a continuação da actividade laboral na força de trabalho.

E conclui-se:

Não será possível à Europa alcançar um crescimento económico contínuo e sustentável, a não ser que as competências, o conhecimento e o potencial dos trabalhadores mais velhos sejam totalmente utilizados [...]. (*European Network of Heads of PES*, 2011).

Num outro documento da Comissão Europeia (2012) – *The 2012 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States*, “as projeções para os cuidados de saúde, cuidados de longa duração, educação e desemprego” das pessoas pessoas ficam agregadas num só ítem em termos de resultados a alcançar. Tratam-se aqui, exclusivamente, de projeções sobre as despesas/os impactos financeiros com o/do

envelhecimento da população em cada país membro da União Europeia no período 2010 – 2060.

Digamos, pois, que a noção de *envelhecimento ativo* (OCDE, 1998) e a de *envelhecimento saudável e ativo* (OMS, 2005), rapidamente adquirem os contornos de um *envelhecimento produtivo*. Em 2015, tendo em conta as “projeções orçamentais” constantes no *The 2012 Ageing Report* da Comissão Europeia (2012), o Banco Mundial esclarece:

As despesas estritamente relacionadas com a idade são definidas como a despesa total com pensões, saúde, cuidados de longa duração e educação. Como tal, trata-se de uma ampla definição de despesas com a idade. Na projeção da EU, as despesas com a educação deverão diminuir na maior dos países em 2060, assim contribuindo para uma pequena diminuição das despesas com a idade. (WORLD BANK GROUP, 2015).

E, assim fica justificada a decisão do Banco Mundial de excluir a educação da categoria “idade”, melhor dizendo da “definição de despesas relacionadas com a idade”. Vejamos:

Contudo, excluímos a educação da definição de despesas relacionadas com a idade. Por quê? Não está claro como as necessidades com a educação possam aumentar, mas é provável que haja uma maior demanda na área da aprendizagem ao longo da vida, incluindo a área da educação pública de crianças e que o envelhecimento produtivo possa aumentar a necessidade de investimentos públicos (WORLD BANK GROUP, 2015).

Fica-se então a perceber que mesmo que a educação não tenha idade, ela tem, contudo, destinatários outros que não as pessoas idosas. Para o Banco Mundial, as pessoas idosas ficam “fora de”, fora da educação. Ficam fora, até porque existem muitas *Implicações Fiscais do Envelhecimento* (OCDE, 2001). Em suma, o que conta para os economistas é o “envelhecimento produtivo” de suporte económico e não “o envelhecimento ativo” com suporte educativo. Estas orientações políticas transnacionais têm manifestações concretas em Portugal, e também no Brasil, como reforçaremos posteriormente.

3 PESSOAS IDOSAS E ORIENTAÇÕES POLÍTICAS A NÍVEL INTERNACIONAL

Estando os direitos das pessoas idosas genericamente formulados na *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1948) e havendo comprometimento por parte de muitos países – entre os quais Portugal e Brasil – em respeitar, de modo absoluto, os direitos humanos, tal como declarado naquele documento internacional, a verdade é que esta faixa etária foi durante demasiado tempo esquecida tanto em termos internacionais como por parte dos diversos Estados/Governos.

- Foi somente em 1982 que a Assembleia Geral das Nações Unidas convocou a *Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, em Viena. Dessa Assembleia resultou o *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento* (ONU, 1982) que aponta como linhas orientadoras para a acção a contemplação de assuntos como saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa. Em 16 de dezembro de 1991, a ONU (1991) elaborou os *Princípios das Nações Unidas para o Idoso em conformidade com o Plano de Acção Internacional* de 1982.
- O facto de as Nações Unidas terem proclamado o ano de 1999 como o *Ano Internacional das Pessoas Idosas* fez (re)canalizar a atenção de governos e investigadores para a abordagem da problemática do envelhecimento. É aqui de salientar que a Organização das Nações Unidas tem convenções específicas para todos os públicos, menos para as pessoas idosas, uma questão de ética política que somente em 2008 mereceu atenção com a *Proposta de Convenção sobre os Direitos da Pessoa Idosa* (ONU, 2008). Na *Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, realizada em Madrid, em 2002, reafirmou-se o interesse da comunidade internacional pelo progressivo envelhecimento da população, especialmente nos países desenvolvidos.
- A *Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, em 2002, contou com a apresentação do documento *Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde* da Organização Mundial de Saúde (OMS), organização vinculada à ONU, no qual se refere que “Cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que

os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país” (OMS, 2005).

- A OMS deu assim continuidade às propostas apresentadas na *Conferência Latino-americana sobre Envelhecimento*, em Brasília, cujo documento final é a *Declaração sobre Envelhecimento e Saúde* (1996), mais conhecida como *Declaração de Brasília* (OMS, 1996).
- Tanto dos encontros da *I Assembleia* (1982) como dos da *II Assembleia* (2002) resultou, por parte da Organização das Nações Unidas, um *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento* (ONU, 2002) no qual propostas como as de “participação activa dos idosos na sociedade e no desenvolvimento económico através da sua inserção no mercado de trabalho” adquirem dimensões relevantes.
- Na verdade, a nível internacional tem-se manifestado uma preocupação específica para com o envelhecimento, preocupação essa na qual se deteta uma tónica discursiva que está em consonância com critérios tecnicistas e economicistas. Pois, de uma preocupação inicial para com *o envelhecimento*, se assiste, nos inícios dos anos 90 do século XX, a uma preocupação política com o *envelhecimento ativo* e, logo de seguida, no início do século XXI, com o *envelhecimento produtivo*.

4 PESSOAS IDOSAS E ORIENTAÇÕES POLÍTICAS NA UNIÃO EUROPEIA

As preocupações internacionais para com o envelhecimento activo manifestam-se também no contexto da União Europeia. É na sequência da legislação internacional que, na União Europeia, se formula o *Primeiro Programa Comunitário em Favor das Pessoas Idosas (1991-1993)* e, em 1992, se institui o *Ano Europeu das Pessoas Idosas e da Solidariedade entre Gerações*. Nos documentos (Resoluções) que enformam estas iniciativas apresentam-se dados do Gabinete de Estatísticas da União Europeia (EUROSTAT) de 1993:

No decorrer dos últimos 30 anos, o número de pessoas idosas (60 anos e mais) na Comunidade Europeia passou de 46,5 milhões a 68,6 milhões, ou seja, aumentou cerca de 50%. Todos os sinais indicam que esta tendência continuará e que, no ano 2020, a Comunidade contará, aproximadamente, o dobro das pessoas idosas que em 1960 (isto é,

entre 89 e 100 milhões, das quais 17 a 22 milhões com 80 anos e mais). (CONSELHO EUROPEU, 1992).

No *Relatório de Avaliação da Proposta de Decisão do Conselho relativa ao Apoio Comunitário a Ações em Favor dos Idosos* (1994) os dados anteriores sofrem um ligeiro aumento. Perante isto, estabelecem-se *Ações em Favor dos Idosos*, para o período 1995-1999, baseadas em preocupações económicas. Fica explícito:

As projecções apontam para uma situação na qual um quarto da população terá mais de 60 anos no ano 2020. Em muitos Estados-membros, as taxas de dependência dos idosos em 2020 terão praticamente duplicado relativamente a 1980 [...]. Em 2020, haverá 20 milhões de pessoas com oitenta anos ou mais no actual território da União Europeia, o que representa um aumento de cerca de 300% nesta categoria etária desde 1960. O envelhecimento da população tem sido apresentado como um desafio com mais impacto nas economias europeias do que as crises petrolíferas da década de 70 ou a recessão económica dos anos 80 [...]. O debate sobre o desafio que o envelhecimento demográfico representa em termos macro-económicos concentrou-se sobretudo na questão de saber ‘quem vai pagar’ no contexto de um agravamento das taxas de dependência e respectivas consequências para os orçamentos da segurança social e, em última análise, para a convergência económica da União. Esta visão dita catastrófica abrange pensões e serviços em geral mas especialmente os cuidados hospitalares de que os idosos são grandes utilizadores (CONSELHO EUROPEU, 1994).

Na *Comunicação da Comissão: Uma Europa para todas as idades - Promover a Prosperidade e a Solidariedade entre as Gerações* (1999) defende-se explicitamente que

a equidade intergerações requer que seja dada a devida atenção à sustentabilidade a longo prazo das finanças públicas. Deve ser assegurada uma base mais alargada para os sistemas de protecção social através de uma taxa de emprego da população activa mais elevada [...] (COMISSÃO EUROPEIA, 1999).

No *Conselho Europeu de Nice* (2000), com o intuito de se dar “um novo impulso para a Europa Económica e Social”, foi aprovada a

Agenda Social Europeia (2000). Esta Agenda está em conformidade com as conclusões do *Conselho Europeu de Lisboa* (2000) que definiu para a União Europeia o objectivo estratégico de se tornar “na economia baseada no conhecimento mais dinâmica e competitiva do mundo, capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos, e com maior coesão social”. Esta mesma Agenda define estratégias “em todos os domínios da política social [e] constitui uma etapa determinante para o reforço e a modernização do modelo social europeu, que se caracteriza pelo nexo indissociável entre desempenho económico e progresso social” (CONSELHO EUROPEU DE NICE, 2000).

Na *Agenda Social Europeia* (2000) pretende-se, então, “responder ao envelhecimento demográfico” e mais uma vez se defende que

O envelhecimento da população constitui um desafio para todos os Estados-Membros, o que exige, para além do prosseguimento de políticas apropriadas em matéria de família e infância, respostas novas, tanto no que se refere ao aumento da taxa de actividade feminina ou à facilitação e apoio à manutenção em actividade dos trabalhadores idosos como à viabilidade dos regimes de pensões e às medidas de tomada a cargo dos dependentes. A consecução de um elevado nível de emprego e o aumento da actividade feminina, reduzindo o encargo das pensões por cada trabalhador activo ocupado, virá reforçar a capacidade para enfrentar o envelhecimento [...] (CONSELHO EUROPEU, 2000).

Na *Resolução do Parlamento Europeu sobre a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento*- Madrid, 2002, o Parlamento Europeu (2002),

Reitera a sua opinião de que é necessário incrementar a luta contra todas as formas de discriminação no mercado de trabalho, em particular a discriminação contra os trabalhadores idosos, através de acções de reciclagem e de reconversão profissional, incluindo a utilização das novas tecnologias, e através de alterações a nível da organização do trabalho e do horário de trabalho, bem como a nível da protecção da segurança e da saúde no trabalho, consentâneas com as necessidades dos trabalhadores idosos.

Na *Comunicação Livro Verde – Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas* (COMISSÃO EUROPEIA, 2005)

clarifica-se que, devido ao aumento da esperança média de vida, devido à incapacidade do sistema de protecção social abarcar as despesas que a longevidade acarreta, será necessário o empenho solidário de todas as gerações e comunidades para superar os problemas sociais que, digamo-lo, os Estados membros não conseguem resolver.

Na Comunicação *Envelhecer bem na sociedade da informação - iniciativa i2010 - Plano de acção no domínio “Tecnologias da informação e das comunicações e envelhecimento”* (COMISSÃO EUROPEIA, 2007) claramente se afirma que com este plano de acção se visa: “Promover e coordenar o desenvolvimento das TIC associadas aos serviços para pessoas idosas na União Europeia, para lhes permitir prolongar a sua actividade profissional, garantindo-lhes um equilíbrio entre vida ativa e profissional [...].”.

O ano de 2012 foi declarado pelo Parlamento Europeu e Conselho Europeu (2011) como o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações*, considerando estes organismos que

promover o envelhecimento activo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza, sobretudo das mulheres, e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação activa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade. (PARLAMENTO EUROPEU E CONSELHO EUROPEU, 2011).

5 PESSOAS IDOSAS E ORIENTAÇÕES POLÍTICAS EM PORTUGAL

Em Portugal reafirmam-se os objectivos do *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações*, de entre os quais: “Sensibilizar a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo e das suas diversas dimensões [...] superando estereótipos e eliminando obstáculos, em especial quanto à empregabilidade” (PORTUGAL, 2011). Desta feita, implementa-se um *Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações* (PORTUGAL, 2012) e definem-se orientações políticas, traduzidas em algumas práticas, para um país com particularidades específicas que, ao longo deste ponto de análise, apresentamos.

Em Portugal, segundo os Censos, em 2011, a população residente era de 10 555 853 indivíduos, mais 199 736 que em 2001, sendo a proporção de mulheres (52,1%) superior à dos homens (47,9%). A população portuguesa com 65 e mais anos é de 1 874 209. Desta população, 58,2% é constituída por mulheres. Numa década, a relação de feminilidade passou de 107,1 para 109,2 mulheres por cada 100 homens, tendo-se verificado, simultaneamente, uma diminuição do número de mulheres nos grupos etários mais jovens: -5,0% no grupo etário dos menores de 15 anos e -22,4% no grupo etário dos 15 aos 24 anos. Nos restantes grupos etários ocorreu um aumento do número de mulheres: dos 25 aos 64 anos (6,1% de aumento), com 65 e mais anos de idade (19,1% de aumento), com 75 e mais anos (37,6% de aumento). Assim, a proporção de mulheres aumenta à medida que a idade avança: As mulheres representam 54% da população de 65 a 69 anos e representam 67% da população com mais de 85 anos. Isto é, cerca de 2 terços das pessoas com 85 e mais anos são mulheres. Dito de outra forma, o índice de envelhecimento foi mais acentuado nas mulheres, tendo passado de 121,8 para 152,7 mulheres idosas, por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011 (CNE, 2012; OFAP, 2012; INE, 2012, CIG, 2012).

O maior número de mulheres nos grupos etários mais elevados é consequência da sua maior longevidade: a esperança de vida à nascença das mulheres é de 82 anos, e a dos homens é de 76. Contudo, mais anos de vida não significam necessariamente mais anos de vida com qualidade: os anos a mais que as mulheres vivem são, muitas vezes, anos de solidão, de pobreza, de doença ou incapacidade. Associado ao índice de envelhecimento está o índice de isolamento: As mulheres representam 63,8% da população que vive só, proporção que sobe para 77,1% na faixa etária dos 65 e mais anos. O risco de pobreza é superior para as mulheres, sobretudo para as mais velhas, bem como a taxa de privação material. As doenças do aparelho circulatório são a sua principal causa de morte (CNE, 2012; OFAP, 2012; INE, 2012; CIG, 2012).

Em Portugal, no período ditatorial, e antes dele, as pessoas idosas que não tinham família, ou outras redes de suporte, eram colocados em asilos que surgiram sob iniciativa do Estado Liberal, no século XIX. A ideia de uma política específica para as pessoas idosas, e os contornos específicos de que esta política se deveria revestir, foi discutida em Portugal, em 1969,

no Seminário “Política para as Pessoas Idosas” sob coordenação de Paul Paillat. As influências da política francesa fazem-se aqui fortemente sentir, tendo determinado, até, o conteúdo discursivo inscrito no artigo 63.º (Segurança Social) da *Constituição da República* (PORTUGAL, 1976), mas não tendo propiciado, à época, a elaboração de um documento, como o *Relatório Laroque*, em França, contendo uma matriz política para as pessoas idosas. Assim, apesar da reflexão em 1969, foi somente com a declaração de uma política para as pessoas idosas inscrita na *Constituição da República de 1976* que se procede a uma nova gestão do envelhecimento, defendendo-se, explicitamente, uma política de integração dos idosos na comunidade e a sua manutenção no domicílio (VELOSO, 2007).

A mudança mais visível dessa nova gestão reverte para um processo de adaptação de medidas concretas traduzidas pelo surgimento dos equipamentos sociais: apoio ao domicílio, construção de centros de dia, centros de convívio, transformação dos asilos em lares de idosos. Para além da Constituição de 1976 ter consagrado uma política dirigida especificamente para este grupo etário, encontrámos uma intenção de intervenção no campo da terceira idade, no programa do I Governo Constitucional (Agosto de 1976), também ela promovendo medidas que se inserem nesta nova política: a de manter os idosos no domicílio. A Lei-Quadro da Segurança Social – Lei n.º 28/84, de 14 de Agosto (PORTUGAL, 1984) também assim o preconiza. A questão dos custos financeiros foi um dos factores que contribuíram para a concretização da política de manutenção dos idosos no domicílio traduzida, essencialmente, em equipamentos sociais (VELOSO, 2007).

A partir dos anos 90 do século XX, a influência da Comunidade Europeia fez-se sentir na área específica da política para a terceira idade e, após uma dinâmica de intercâmbio entre diferentes projectos nacionais e europeus, provocados pelo Primeiro Programa Comunitário de Apoio às Pessoas Idosas (1991-1993) (CONSELHO EUROPEU, 1992), surge, por parte dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social (PORTUGAL, 1994), o PAII – *Programa de Apoio Integrado a Idosos*. Ainda hoje surgem programas avulso, o que permite concluir que se tem vindo a assistir, em Portugal, à ausência de uma política global, integrada e pública de terceira idade que conte com o envelhecimento e todas as suas dimensões de análise e de vivências (VELOSO, 2004, 2007, 2008).

Esta constatação que se pode fazer acerca de Portugal mas, também, acerca de outros países no mundo, incluindo o Brasil, torna-se ainda mais evidente quando se pretende abordar uma dimensão de análise tantas vezes esquecida (excluída) nas orientações políticas internacionais e nacionais: A questão da educação/formação das pessoas idosas que, mais adiante, discutiremos.

6 PESSOAS IDOSAS E ORIENTAÇÕES POLÍTICAS NO BRASIL

O Brasil figura entre os principais países emergentes da atualidade, além dele estão a África do Sul, Rússia, Índia e China. Nesses países existem 273 milhões de pessoas com 60 anos ou mais idade, o equivalente a 40,6% da população mundial de idosos. Mais especificamente, no Brasil, em 2008, as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total enquanto o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53% – para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais de idade. Entre 2035 e 2040, haverá mais população idosa numa proporção 18% superior à população de crianças. Em 2050, a população de crianças representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total. Assim, em 2050, a relação poderá ser de 100 crianças para 172,7 idosos. Pela primeira vez, na história do Brasil, e acompanhando o que acontece em outros países do mundo, a população idosa será muito superior a toda a outra restante população (IBGE, 2008; ANUÁRIO BRASILEIRO DA EDUCAÇÃO BÁSICA, 2012).

De referir, contudo, que o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil, de forma generalizada, se opera com intensidades e velocidades diferenciadas nos distintos contextos regionais e em termos de sexo/género, entre outras variáveis: Os maiores aumentos ocorreram nas regiões Norte (1,4%) e Centro - Oeste (1,3%). As mulheres representavam 51,3%, em 2012. Além disso, 63,2% da população tinha até 39 anos e as pessoas com 60 anos ou mais, 12,6% (12,1%, em 2011). Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro apresentaram os maiores percentuais de população com 60 anos ou mais de idade, ambos com 16,1%. Entre 2004 e 2012, a PNAD indica envelhecimento da população (pessoas com 60

anos ou mais), especialmente entre as mulheres (aumento de 7,0% contra 5,6%, entre os homens) (IBGE, 2013).

A *Constituição da República Federativa do Brasil* (BRASIL, 1988) determina no seu Artigo 1º que esta República – “formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos”, entre outros, “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelas estatísticas oficiais de população, tem enfrentado, desde o processo de descentralização das políticas públicas que estão firmadas na Constituição de 1988, grandes desafios para atender as mais diversas demandas por informações demográficas detalhadas e prospectivas. As projeções populacionais desagregadas por sexo e idade constituem um instrumento poderoso que cumpre o propósito de subsidiar a planificação de políticas públicas que visam o atendimento das necessidades específicas de crianças, adolescentes, jovens, pessoas em idade ativa e idosos, bem como o de fornecer parâmetros balizadores a serem considerados nos processos de avaliação dos diversos programas já implantados na área social. O processo global de envelhecimento e seus impactos na esfera do social e da economia “implicará em avaliações permanentes das políticas sociais voltadas para o atendimento das demandas de um contingente de adultos e idosos” (IBGE, 2006).

Na *Era da Avaliação*, no Brasil, pretende-se, então, detetar o impacto de políticas sociais que apesar de consagradas nunca foram devidamente implementadas. Até porque, “Atendendo exigência de organizações financeiras internacionais, parcela substantiva do orçamento público vem sendo destinada à geração de superávit primário, visando o pagamento das dívidas externa e interna, com sacrifício dos investimentos governamentais em infraestrutura e nas políticas sociais” (DI PIERRO; GRACIANO, 2003).

Tendo em conta o legalmente definido na *Constituição da República Federativa do Brasil* (BRASIL, 1988), surgiram outras formulações políticas neste país contemplando direta ou indiretamente os problemas da velhice/ envelhecimento (ativo/produtivo). Mencione-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e a formulação da Lei

Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993. Preste-se especial atenção à *Política Nacional do Idoso*, em 1994 (BRASIL, 1994), resultante de reivindicações de movimentos sociais e à criação do *Conselho Nacional do Idoso* (CNDI), também em 1994 (BRASIL, 2004). O CNDI está vinculado à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República através do Ministério da Justiça.

Em 1996, o Governo brasileiro, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso, elaborou o *Programa Nacional de Direitos Humanos* (PNDH I) no qual, para a “Terceira Idade”, se estabelecem metas atinentes à acessibilidade física a organizações e ao sistema de transportes públicos e à participação desta faixa etária em ações e projetos governamentais e municipais. A longo prazo, pretende-se, tal como se pretendia no início do século XX na Europa, “Criar, fortalecer e descentralizar programas de assistência aos idosos, de forma a contribuir para sua integração à família e à sociedade e incentivar o seu atendimento no seu próprio ambiente” (BRASIL, 2002).

Para acompanhamento e avaliação da execução da *Política Nacional do Idoso* (BRASIL, 1994) são observadas as linhas de ação e as diretrizes do *Estatuto do Idoso* (BRASIL, 2003) que surge na sequência do *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento* (ONU, 2002) e que trouxe recomendações de melhoria ao nível das acessibilidades físicas a sistemas de transportes e repartições públicas e privadas e, ainda, ao nível da prioridade nos processos jurídicos. Estas mesmas recomendações já constavam, aliás, na *Política Nacional de Prevenção e Morbimortalidade por Acidentes e Violência* (BRASIL, 2001), serão retomadas no *Plano de Ação/Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa* (BRASIL, 2005) e constam, genericamente, no *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos* (BRASIL, 2003).

Tratam-se de medidas paliativas, como bem se pode perceber, se às mesmas não se acrescentarem e garantirem condições adequadas de saúde, moradia, trabalho, formação e educação. Aliás, estas questões foram discutidas nas várias *Conferências Nacionais (Estaduais, Municipais, Distritais) dos Direitos da Pessoa Idosa: 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa* (2006); *2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios* (2009); *3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – Compromisso*

de Todos por um Envelhecimento Digno no Brasil (2011) (BRASIL, 2015). Está prevista a realização da 4^a *Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - Por um Brasil de Todas as Idades* (BRASIL, 2014).

Pese embora a existência deste corpus de formulação e ação política, constrangimentos de vária ordem, de entre os quais se não excluem os de ordem tecnicista e económica, poderão então permitir perceber o porquê de se afirmar que, no Brasil, “não existe uma política social específica para a velhice” (PEIXOTO, 2000, p. 18). Considera-se mesmo que, neste país, “a exclusão dos idosos do ‘movimento social’ que afirma lutar pela (sua) cidadania, autonomia e integração” e o papel de protagonismo das “organizações representativas da velhice” (SESC – Serviço Social do Comércio; SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; ANG – Associação Nacional de Gerontologia e COBAP – Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas) têm conduzido a

[...] um processo de transformação da velhice em mercadoria, fenômeno este que é retratado pela própria idéia de terceira idade. A ausência dos idosos desse movimento (“movimento social do idoso”) bem como a sua institucionalização nas organizações representativas da velhice, tornam questionável a real validade das atuais políticas da velhice, que não são capazes de proporcionar autonomia aos idosos, fazendo com que muitos aposentados tenham que continuar trabalhando para suprir suas necessidades (PERES, 2007, p. 144).

Acrescente-se que “o fenômeno de ‘mercantilização da velhice’ presente na idéia de ‘terceira idade’” (PERES, 2007, p. 146) é ainda mais visível quando se pensa na questão da educação/formação das pessoas idosas no Brasil, como veremos num ponto posterior deste trabalho.

7 A EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS EM PORTUGAL

Após a Revolução de 1974, em Portugal, pode sublinhar-se a existência de iniciativas reveladoras do interesse governamental em relação à educação de adultos.

Em 1976, a *Constituição da República Portuguesa* (PORTUGAL, 1976) estabeleceu no Art.º 73º que todos, genericamente, têm direito à educação. A Direção Geral de Educação Permanente (criada em 1972), entre 1975 e 1976, claramente influenciada pela proposta de *educação permanente* preconizada pela UNESCO, dinamizou uma política pública inovadora que procurou dar resposta às necessidades educativas dos adultos em Portugal, integrando-os de forma participativa nas suas démarches. Em 1979 é elaborado, por parte do Ministério da Educação, o Plano Nacional de Alfabetização e Educação de Base dos Adultos com os objectivos de reduzir o analfabetismo e expandir o acesso dos adultos à escolaridade obrigatória, bem como articular estas acções de educação de base de adultos com a educação popular e a formação profissional. Em 1989 surge o Programa Operacional de Desenvolvimento da Educação de Adultos em Portugal que integrou um subprograma destinado à educação de adultos.

Entre 1995 e 2002, sob responsabilidade da Agência Nacional para a Educação e Formação de Adultos (ANEFA, posteriormente extinta), avançou-se com um conjunto de propostas consubstanciadas no *S@ber+ – Programa para o Desenvolvimento e Expansão da Educação e Formação de Adultos* justificado pelos decisores políticos como sendo relevante vista a necessidade de, perante a omnipresença das novas tecnologias, se aumentar as competências e a qualificação dos adultos e, simultaneamente, se favorecer a competitividade organizacional. Desde 2005, a *Iniciativa Novas Oportunidades*, retomou as principais ofertas do *Programa S@ber+*, sendo hoje estas ofertas da responsabilidade da Agência Nacional para a Qualificação (ANQ) (Vários autores e documentos, cit. por Guimarães, 2009) .

Sendo certo que as orientações políticas públicas respeitantes à educação de adultos têm revelado um carácter descontínuo e intermitente e têm originado um desenvolvimento fragmentado deste sector educativo em Portugal (LIMA, 2005), mais grave se torna a situação se pensarmos em termos de políticas públicas educativas especificamente destinadas às pessoas idosas. Estas são praticamente inexistentes ou, a existir, revestem-se de contornos específicos que mais adiante discutiremos.

Na última década, em termos de educação formal, Portugal teve uma evolução admirável no âmbito dos membros da UE e ultrapassou muitos outros países. Efetivamente, a população que possui o ensino supe-

rior quase duplicou, passando de 674 094 pessoas (2001), que detinham o ensino superior completo, para as 1 262 449 (2011). Deste total, 61% são mulheres, representando 14% da população feminina. Uma análise da evolução das qualificações por sexo (género) põe em evidência habilitações mais elevadas para as mulheres do que para os homens nos escalões etários mais jovens (dos 15 aos 44 anos), mas também mostra uma alteração no mesmo sentido no escalão etário dos 45 aos 64 anos. Em 2000, as mulheres mais velhas (a partir dos 45 anos) ainda tinham menos qualificação do que os homens, sendo que a maioria do escalão de 65 e mais anos não tinha mesmo qualquer *certificação* formal. Cruzando a variável género com a variável idade, pode dizer-se que existem mais mulheres sem escolaridade (as mais idosas) mas também mais mulheres com ensino superior (adultas – 36,3%) (CNE, 2012; OFAP, 2012; INE, 2012; CIG, 2012).

Em Portugal, as orientações advindas das instituições internacionais e supranacionais, como a União Europeia, constituem uma fonte de influência importante da política nacional num grande número de sectores, incluindo o da política para as pessoas idosas e a sua educação/trabalho. De 1990 a 2010, se tivermos em conta este período, a tónica é colocada sobre o *envelhecimento ativo* que sobressai nos diversos programas com os quais se visa “promover a coesão social”, tentando respeitar as directivas do *Conselho Europeu de Nice* (2000). Uma leitura atenta dos documentos europeus permite dizer que a ênfase política é colocada nos domínios da acção social e da saúde em detrimento de uma política geral e integrada para as pessoas idosas que contemple outras dimensões, tal como a da educação.

Mais precisamente, e a título de exemplo, no documento constante no Plano Nacional de Emprego – *Estratégia Nacional do Envelhecimento Activo* (2006) estabelecem-se prioridades de acção tais como “encorajar os trabalhadores idosos a permanecer no mercado de trabalho, melhorar e promover os conhecimentos dos trabalhadores idosos, prevenir e combater o desemprego dos trabalhadores mais idosos”.

Do teor deste documento se depreende que a educação dos idosos (aqui vista como “promoção de conhecimentos”) é perspectivada como estando ao serviço da economia. Trata-se de uma prioridade explícita – a prioridade de “uma educação para o trabalho”. Em Portugal esta prioridade inscreveu-se no âmbito do Programa do Ministério da Educação e

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social designada “Iniciativa Novas Oportunidades” (PORTUGAL, 2005) que foi considerada “uma oportunidade nova para os jovens; uma nova oportunidade para os adultos” e que tinha como objectivo primordial “qualificar Portugal”.

No documento do Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – *Iniciativa Novas Oportunidades: Dois Anos em Balanço* (PORTUGAL, 2007) constata-se que a participação dos adultos (em termos de inscrição) nesta iniciativa se traduz nos seguintes números: No Ensino Básico: 36% das pessoas na franja 35-44 anos; 22% das pessoas entre 45 e 54 anos de idade; 6% para aquelas entre 55 e 64 anos e 1% das pessoas com 65 ou mais anos de idade. No Ensino Secundário: 29% das pessoas na franja 35-44 anos; 17% das pessoas entre 45 e 54 anos de idade; 3% para aquelas entre 55 e 64 anos e nenhum registo (0%) para as pessoas com 65 ou mais anos de idade. Assim, a participação na Iniciativa Novas Oportunidades diminui à medida que se foi avançando na idade dos adultos, sendo praticamente nula no contingente das pessoas idosas.

No documento da Agência Nacional para a Qualificação (2010) – *Linhas Orientadoras para o futuro da Iniciativa Novas Oportunidades* – apresentam-se as metas gerais para o período 2011-2015 da Iniciativa Novas Oportunidades: Visto que, em 2010, a população dos 15 aos 64 anos de idade apresentava um indicador de 7,89 anos de escolarização, espera-se que, durante o período 2011-2015, se aumente em 2,5 anos a escolaridade média da população portuguesa. Os 15 aos 64 anos de idade da população são tomados aqui de uma forma global, sem especificação concreta a parâmetros diferenciadores de idade e sem projeções específicas para os mais de 65 anos.

E se é certo que, em Portugal, a educação das pessoas idosas tem vindo a ser ministrada

no que se apelida de Universidades da Terceira Idade (ou Universidade Séniior ou, então, Academia Séniior) [e] se propõe um programa [...] destinado aos maiores de cinquenta anos com base em atividades preferencialmente de carácter não formal e informal, a característica mais particular é que no caso de Portugal não foi o Estado (tal como no caso de Espanha e de outros países) quem tomou a iniciativa de criar estes espaços de formação mas sim a própria comunidade e os próprios utentes (OSÓRIO, 2007, p. 25)

E, no que respeita à educação de adultos sustentada pelo Estado, em Portugal, digamos que esta se caracteriza, essencialmente, pela promoção de ações que favorecem a educação e a formação profissional, principalmente dirigidas aos jovens adultos e aos adultos em idade ativa, excluindo as pessoas mais idosas. Desta feita, em Portugal não existe uma política geral e integrada de educação de adultos que englobe as pessoas idosas. Em suma: a política de educação de adultos e a política para a terceira idade, em Portugal, não asseguram o direito à educação das pessoas idosas (VELOSO, 2007, p. 282).

8 A ALFABETIZAÇÃO/EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Recorrentemente os governos do Brasil realizam investimentos em cursos que visam a alfabetização dos adultos, mais recentemente cursos Educação de Jovens e Adultos e/ou as duas modalidades. Várias fontes documentais (Cit. por Lopes e Sousa, apud LOPES; SOUZA, 2005) permitem traçar o percurso da história da educação da Alfabetização/Educação de Adultos no Brasil, em termos de orientações/consagrações políticas. A Constituição de 1934 estabeleceu a criação de um Plano Nacional de Educação que situava, pela primeira vez, na história do Brasil, a educação de adultos como dever do Estado, incluindo em suas normas a oferta do ensino primário integral, gratuito e de frequência obrigatória, extensiva para adultos.

A década de 40 foi marcada por algumas iniciativas políticas e pedagógicas que ampliaram a educação de jovens e adultos: a criação e a regulamentação do Fundo Nacional do Ensino Primário (FNEP); a criação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP); o lançamento, em 1947, da Campanha de Educação de Adolescentes e Adultos (CEAA), a realização, ainda em 1947, do 1º Congresso Nacional de Educação de Adultos, e a realização, em 1949, do Seminário Interamericano de Educação de Adultos.

Na década de 50 a educação de adultos firmou-se como uma questão nacional. Em 1952 foi criada a Campanha Nacional de Educação Rural (CNER). Em 1958 foi realizado o segundo Congresso Nacional de Educação de Adultos onde se discutiu a *Lei de Diretrizes e Bases da*

Educação Nacional à luz das ideias de *Conscientização* de Paulo Freire. Ainda nos anos 50, foi realizada a Campanha Nacional de Erradicação do Analfabetismo (CNEA), que marcou uma nova etapa nas discussões sobre a educação de adultos no Brasil.

A década de 60 apresenta alguns retrocessos relativamente à anterior. Em 1962 foi elaborado o Plano Nacional de Educação mas, em 1963, foi extinta a CNEA juntamente com as outras campanhas nacionais até então existentes. Em 1964, com o golpe militar, todos os movimentos de alfabetização que se vinculavam à ideia de fortalecimento de uma cultura popular foram reprimidos. O Movimento de Educação de Bases (MEB) sobreviveu por estar ligado ao MEC e à Igreja Católica. Todavia, devido às pressões e à escassez de recursos financeiros, grande parte do sistema encerrou as suas atividades em 1966. Em contrapartida, iniciam-se, na década de 60, os debates sobre a escolaridade obrigatória, o que nos remete para a Emenda Constitucional Brasileira de 1969, que modifica a redação da Constituição de 1967, a qual estipula, pela primeira vez, que o Estado tem o dever de propiciar a educação para todos. Estes debates e consagrações constitucionais permitem perceber uma mudança de conceção na educação/formação das pessoas idosas. Trata-se, doravante, devido a questões económicas e tecnicistas, de integrar a educação das pessoas idosas em processos de escolarização, sem atender às características específicas das mesmas, trata-se, em suma, de colmatar o processo de analfabetização, acreditando-se que com isso se obteriam retornos económicos.

A década de 70, ainda sob a ditadura militar (governos militares de 1968 a 1978), marca o início das ações do Movimento Brasileiro de Alfabetização – o MOBRAL – que era um projeto para se acabar com o analfabetismo em apenas dez anos. Ainda durante o período militar, a educação de adultos adquiriu pela primeira vez na história do Brasil um estatuto legal – Lei nº 5.692/71 que, no seu Artigo 24º, estabelecia o ensino supletivo para fomentar a escolarização regular para adolescentes e adultos que não tivessem conseguido ou concluído na idade própria. O objetivo era escolarizar um grande número de pessoas, mediante um baixo custo operacional, satisfazendo às necessidades de um mercado de trabalho competitivo, com exigência de escolarização cada vez maior.

Durante a retomada do processo de democratização, mais especificamente em 1985 (governo José Sarney), o MOBRAL foi extinto, sendo substituído pela Fundação Nacional de Educação de Jovens e Adultos – EDUCAR. A nova Constituição de 1988 trouxe importantes avanços para a EJA – Educação de Jovens e Adultos. Conquanto nela o direito à “educação para todos” esteja consagrado de forma genérica, o certo é que o ensino fundamental, obrigatório e gratuito, passou a ser garantia constitucional também para os que a ele não tiveram acesso na idade apropriada.

A partir dos anos 90, a EJA começou a perder espaço nas ações governamentais. Em março de 1990, a Fundação EDUCAR foi extinta. Surgiu, contudo, no mesmo ano, o Programa Nacional de Alfabetização e Cidadania (governo Fernando Collor). Em 1993, surge o Plano Decenal de Educação para Todos (governo Itamar Franco) e, em 1997, o Programa de Alfabetização Solidária (governo Fernando Henrique Cardoso).

Em 1996, com a Lei de Diretrizes e Bases – LDB (Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) reestruturaram-se e definem-se as diretrizes e bases da educação escolar no Brasil. No que à EJA diz respeito, estipula-se que “A educação de jovens e adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria; Os sistemas de ensino assegurarão gratuitamente aos jovens e aos adultos, que não puderam efetuar os estudos na idade regular, oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames; O Poder Público viabilizará e estimulará o acesso e a permanência do trabalhador na escola, mediante ações integradas e complementares entre si; A educação de jovens e adultos deverá articular-se, preferencialmente, com a educação profissional, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 11.741, de 2008)”. A educação/formação das pessoas idosas fica aqui, uma vez mais, subsumida na modalidade EJA, tal como o fica nas Diretrizes Curriculares para Educação de Jovens e Adultos (Resolução CNE/CEB Nº 1, de 5 de julho de 2000). O mesmo acontece no PNE – Plano Nacional de Educação – aprovado pela Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001 – mesmo que neste se tenham traçado novos rumos para as políticas e ações governamentais, nomeadamente a nível da modalida-

de de ensino EJA, e se tenham fixando objetivos e metas para a chamada “Década da Educação” (2001-2011).

Em janeiro de 2003, o MEC anunciou que a alfabetização de jovens e adultos seria uma prioridade do novo governo federal. Nesse intuito, foi criada a Secretaria Extraordinária de Erradicação do Analfabetismo, cuja meta foi erradicar o analfabetismo durante o mandato de quatro anos do governo Lula. Para cumprir essa meta foi lançado o *Programa Brasil Alfabetizado*, por meio do qual o MEC contribui com os órgãos públicos estaduais e municipais, instituições de ensino superior e organizações sem fins lucrativos que desenvolvessem ações de alfabetização.

É também em 2003 que surge *Estatuto do Idoso* (BRASIL, 2013) que, de forma específica, estipula: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Artigo 3º); que “O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados” (Artigo 21º) e que “Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria” (Artigo 22º). Esta última disposição é reiterada, hoje, nas *Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica* do MEC (2013a) no seu Artigo 10º: “Em decorrência de legislação específica, são obrigatórios: [conteúdos sobre] processo de envelhecimento, respeito e valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria”.

Analisando-se o *Estatuto do Idoso*, pode dizer-se que este

apresenta, essencialmente, medidas paliativas, uma vez que não trata, em nenhum momento, do problema mais urgente que envolve a educação na velhice: o analfabetismo de grande parte dos idosos. As leis apresentadas em concomitância ao Estatuto possuem caráter superficial, não significando nenhuma conquista efetiva para a maioria da população. (PAULA, 2009, p. 37), digamos da população idosa.

Hoje, é prioridade do Ministério da Educação, através do PNE 2011-2020, apresentar como uma das suas primeiras diretrizes a “erradicação do analfabetismo” e definir como meta: “Elevar a taxa de alfabetização da população com 15 anos ou mais para 93,5% até 2015 e erradicar, até 2020, o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional” (MEC, 2013a). Para percebermos a situação da alfabetização/educação/formação das pessoas idosas, em números, no Brasil, atendamos aos seguintes dados.

O número de analfabetos de 15 anos ou mais de idade no Brasil passou de 12,9 milhões para 13,2 milhões de pessoas entre 2011 e 2012. Com isso, a taxa de analfabetismo, que era de 8,6% em 2011, chegou a 8,7% em 2012. No Nordeste, o contingente aumentou de 6,8 milhões para 7,1 milhões, e a taxa passou de 16,9% para 17,4% em 2012. A região concentrava mais da metade dos analfabetos brasileiros. Por outro lado, o percentual de pessoas de 25 anos ou mais de idade sem instrução ou com menos de um ano de estudo caiu de 15,1% para 11,9% no Brasil, uma diminuição 3,4 milhões de pessoas em um ano. Já o percentual de pessoas com nível superior completo passou de 11,4% em 2011 para 12,0% em 2012, um aumento de 6,5% (867 mil pessoas a mais), totalizando 14,2 milhões de pessoas. Os analfabetos com 15 anos ou mais de idade somavam 13,2 milhões em 2012. A região Nordeste registrou taxa de analfabetismo de 17,4% entre as pessoas de 15 anos ou mais de idade em 2012, 0,5 ponto percentual acima da taxa de 2011 (16,9%). Frente a 2004 (22,5%), a taxa caiu 5,1 pontos percentuais. Ainda assim, a região concentrava, em 2012, 54,0% dos analfabetos nessa faixa etária, um contingente que somava 7,1 milhões de pessoas. No Centro-Oeste a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade passou de 6,3% em 2011 para 6,7% em 2012. No Brasil, a taxa foi estimada em 8,7%, frente a 8,6% em 2011 e 11,5% em 2004. Em 2012, havia no país 13,2 milhões de analfabetos com 15 anos ou mais de idade. A taxa de analfabetismo tem sido maior nos grupos de idades mais elevadas em todas as grandes regiões. A taxa para pessoas entre 15 e 19 anos era de 1,2% em 2012, enquanto para aqueles com 60 anos ou mais estava em 24,4% (IBGE, 2013).

Sabemos, pelos dados do IBGE (2013), acima apresentados, que a taxa de analfabetismo relativa às pessoas com 60 anos ou mais estava em 24,4% em 2012, uma informação que não se encontra devidamente

discutida nem no INAF – Indicador de Alfabetismo Funcional – nem na PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2007). Os dados de que esses instrumentos nos dão conta, em termos de educação/formação, são relativos à taxa de analfabetismo funcional, à escolaridade média da população brasileira, à frequência de cursos de educação de jovens e adultos (em vários anos civis) e somente se circunscrevem à grande fasquia populacional de “pessoas com 15 anos de idade ou mais” nunca indo para além dos 60-64 anos de idade. De facto, as estatísticas que nos permitem atender à situação das pessoas idosas em termos de educação/formação são inexistentes no Brasil.

Vale contudo a pena salientar os seguintes dados: No Brasil, quase um terço da população entre 35 e 49 anos é uma população de analfabetos funcionais. Na faixa etária imediatamente anterior, entre 25 e 34 anos, esse percentual é menor: 18%. No entanto, entre os 82% alfabetizados funcionalmente, 50% estão no nível básico. Quanto à escolaridade média (anos de estudo) das diversas faixas etárias, ela encontra-se assim distribuída: 25 a 64 anos – 7,71 anos de escolaridade; 25 a 34 anos – 8,99 anos de escolaridade; 35 a 44 anos – 7,98 anos de escolaridade; 45 a 54 anos – 7,01 anos de escolaridade; 55 a 64 anos – 5,67 anos de escolaridade (PNAD, 2012).

Pese embora o retrato atrás efetuado, os indicadores de educação no Brasil apresentam persistentes melhorias no que se refere, por exemplo, aos dados para a Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional: do total de 141 513 mil pessoas de 15 anos ou mais de idade, 10 891 mil pessoas (7,7%) frequentavam ou frequentaram anteriormente curso de educação de jovens e adultos. No grupo etário de 18 ou 19 anos, foi de 7,5%; alcançou 10,7%, no de 30 a 39 anos; baixou para 8,6%, no de 40 a 49 anos; e ficou em 4,6%, no de 50 anos ou mais. Assim, a participação das pessoas que frequentavam ou frequentaram anteriormente curso de educação de jovens e adultos foi crescente nos grupos de 18 a 39 anos de idade, declinando nos seguintes. No que tange à análise por sexo, do total daqueles que frequentavam ou frequentaram anteriormente curso de educação de jovens e adultos, 53% eram mulheres e 47%, homens. Foi estimado em 123 725 mil o total de pessoas que nunca frequentaram cursos de educação profissional, sendo 60 072 mil homens (48,6%) e 63 654 mil mulheres (51,4%) (PNAD, 2007).

Estes dados permitem inferir que a população mais jovem teve mais acesso à Educação e permitem concluir que as melhorias se verificaram somente no que respeita a educação/formação das pessoas até aos 50 anos de idade, quando muito. Dados do ano 2000 ajudam a confirmar esta possível tendência: No ano 2000, o maior contingente de analfabetos (48,7%) encontrava-se nos grupos etários mais idosos, com pessoas de idade igual ou maior a 50 anos. Mas o analfabetismo não é um fenômeno do passado, restrito aos idosos: entre as pessoas não alfabetizadas em 2000, quase 2 milhões eram jovens entre 15 e 24 anos, e 1,4 milhão eram adolescentes de 10 a 14 anos. Certa equidade de gênero no acesso à alfabetização foi alcançada nas faixas etárias mais jovens, mas não nos grupos de idade mais avançada, o que fez com que as mulheres ainda fossem a maioria (51%) entre os analfabetos do Brasil (DI PIERO; GRACIANO, 2003). O MEC (2011, p. 63) sintetiza assim: “se examinamos a composição etária da população analfabeta do Censo de 2001 e das PNAD’s de 2004 e 2009 (vemos que) nos aproximamos cada vez mais de uma forma de tipo pirâmide invertida, o que quer dizer que a maior proporção de analfabetos passa a ser a da população mais idosa”.

Um dos grandes problemas que se coloca à Alfabetização/Educação de Jovens e Adultos no Brasil reside na desarticulação entre os programas destas duas modalidades. Até porque, no Brasil, em nome do enxugamento da máquina administrativa, a União foi se afastando das atividades da Alfabetização/EJA e transferindo a responsabilidade para os Estados e Municípios. Para além destes problemas, outros subsistem: a desarticulação entre as políticas de Alfabetização/EJA com outras políticas sociais (VIEIRA, 2004) e a inexistência de políticas educativas públicas específicas e atinentes às pessoas idosas, apesar de para isso haver financiamento.

Diga-se, a propósito, que o PNE (2001) foi apoiado pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), que vigorou de 1997 a 2006 e que, agora, se encontra substituído pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB). A vigência do FUNDEB estende-se de 2007 a 2020 e com ele se ampliou o escopo do financiamento, passando a abranger toda a Educação Básica, contemplando Educação Infantil, Ensino Fundamental,

Ensino Médio, Educação Especial e Educação de Jovens e Adultos. É um importante compromisso da União com a educação básica, na medida em que aumenta em dez vezes o volume anual dos recursos federais. Além disso, materializa a visão sistêmica da educação, pois financia todas as etapas da educação básica e reserva recursos para os programas direcionados a jovens e adultos (MEC, 2013c). Todas as etapas, veja-se, menos a que mereceria maior atenção: a etapa das pessoas em processo de envelhecimento.

Assim acontece porque se os esforços e investimentos dos governos brasileiros serviram para a diminuição do analfabetismo entre a população jovem e adulta do Brasil, estes não geraram, como se previa, um retorno econômico positivo para essa população (INEP, 2005), nem tão pouco para o país. Não existem retornos econômicos quando se investe na educação das pessoas idosas. E, é suposto que existam? Sim, diz o WORLD BANK GROUP (2015). Não, dizemos nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pese embora a existência das Universidades para a Terceira Idade e de outras instâncias de educação não formal, pode dizer-se que tanto em Portugal como no Brasil, a educação das pessoas idosas não tem sido devidamente tida em consideração por parte das instâncias políticas. Aliás, a educação dos adultos sustentada pelo Estado, em Portugal e no Brasil, caracteriza-se essencialmente pela promoção das modalidades EJA muito associadas à formação profissional, principalmente dirigidas aos jovens adultos e aos adultos em idade ativa e excluindo as pessoas idosas.

Se em Portugal não existe uma política geral e integrada de educação de adultos que englobe as pessoas idosas e se a política de educação de adultos e a política para a terceira idade não asseguram o direito à educação das pessoas idosas (VELOSO, 2007, p. 282), o mesmo acontece no Brasil. Nos dois países, contrariamente a uma conceção de educação de adultos assente em processos de *Conscientização*, tão defendidos por Paulo Freire, predomina uma conceção de educação escolarizada, isto é uma educação:

que limita sua função social à qualificação para o mercado de trabalho, deixando de lado aspectos que incluem o desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos, marginalizando os idosos não produtivos para o mer-

cado. A escolarização se volta para a relação educação-trabalho, numa visão pragmática, e muitas vezes, frustrante, de empregabilidade, de maneira que a escola é esvaziada da promoção humana, sua função primeira, bem como da produção e socialização de conhecimentos que interfiram na qualidade de vida (PAULA, 2009, p. 38).

Em ambos os países, as pessoas idosas têm sido vistas como um aglomerado uniforme, somente unidas pelo fator “idade biológica”. Uma idade biológica que tem vindo a sofrer mutações a partir de uma nova concepção – a do envelhecimento ativo/produtivo – que a desconsidera ou que dela faz uma “terceira idade”. A apresentação que atrás fizemos de algumas orientações políticas internacionais, Europeias e Nacionais relativas ao envelhecimento activo/produtivo permite-nos fazer algumas considerações finais sobre esta problemática.

Percebemos que perpassa nas orientações políticas e nas medidas legislativas a ideia, internacionalmente defendida, que os idosos têm direito ao desenvolvimento das suas aptidões, capacidades e competências através da educação e, nomeadamente através de formas de expressão e de comunicação que sejam susceptíveis de alargar o seu potencial humano. Contudo, também percebemos que ganha cada vez mais forma, nessas mesmas orientações políticas, a ideia de que o envelhecimento deve ser activo, com activo se querendo dizer produtivo, isto é, a inserção das pessoas idosas em actividades profissionais e em estruturas de trabalho (remunerado ou não).

Vejamos: o envelhecimento activo/produtivo serve muitos propósitos dos quais ganham destaque os que assentam numa lógica economicista. O envelhecimento activo/produtivo pode servir, segundo esta lógica, para resolver certos problemas relacionados com a economia: quantas mais pessoas idosas trabalharem, quantas menos estiverem institucionalizados, quantas mais se encontrarem nas suas casas a cuidarem dos seus familiares e outros dependentes, quanto mais as comunidades se envolverem em formas de solidariedade social para com as pessoas idosas necessitadas, menores serão os dispêndios dos Estados. A favor das *fiscal implications of ageing* reduzem-se os direitos à educação e à cultura das pessoas idosas.

Assim, na *Era do Envelhecimento* e na *Era das Estatísticas* pouco se sabe sobre a educação/formação das pessoas idosas, a não ser que estas

constituem um grande contingente de pessoas analfabetas em todo o mundo, um grande contingente que se quer, política e estrategicamente, ativo e produtivo.

Se as *políticas de envelhecimento ativo/produtivo* são eticamente questionáveis porque se deslocam do âmbito dos direitos humanos para o âmbito dos deveres económicos das pessoas idosas (ROCHA, 2009), da mesma forma se tornam eticamente questionáveis noções como as de envelhecimento ativo e de envelhecimento produtivo. Estas noções políticas (por vezes academicamente suportadas), não contemplando as correlações e interseções existentes entre fatores biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, culturais, educativos, entre outros, também partem do princípio que as pessoas idosas constituem um grupo homogêneo sem idade, classe, raça, etnia, gênero, modo de vida, situação de saúde, situação laboral. Destas noções políticas se infere que o que se espera do envelhecimento e das pessoas idosas é mais produtividade do que dignidade.

Ao invés de uma conceção de envelhecimento ativo que o aloca às lógicas economicistas, defendemos uma concepção de envelhecimento activo perspetivado na sua transversalidade e que, por isso, suporte práticas de educação que sejam susceptíveis de alargar o potencial humano das pessoas idosas sem as limitar, simplesmente, ao desempenho de tarefas de trabalho. Pensamos que se devem questionar-se todos os propósitos políticos que vão no sentido de “prolongar a actividade profissional” para reduzir custos com a segurança social e para aumentar a produtividade e a competitividade económica sem retorno em termos de “qualidade de vida” e de inclusão efectiva dos idosos em formas de cidadania plena. A “educação para o trabalho” é só um dos muitos vectores da educação, provavelmente em não correspondência com todas as expectativas e desejos das pessoas idosas e podendo, até, constituir autênticas formas de “violência simbólica” e concreta.

O envelhecimento activo é por nós perspectivado como um novo paradigma para uma velhice e um envelhecimento dignos. É visto como um novo marco que reconhece as pessoas idosas como membros integrantes da sociedade, como cidadãs de pleno direito ao trabalho (se o puderem desenvolver) mas também como cidadãs de pleno direito à educação (e não só à educação para o trabalho) e à cultura. Uma ética política crítica torna-

-se assim condição fundamental para uma nova concepção de educação e de envelhecimento num mundo cada vez mais envelhecido, é certo, mas não menos pensante, mesmo que lá para o fim da vida.

REFERÊNCIAS

- DI PIERRO, M. C.; GRACIANO, M. *A educação de jovens e adultos no Brasil*. São Paulo, 2003. (Informe apresentado à Oficina Regional da UNESCO para América Latina y Caribe).
- FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.
- GUILLEMARD, A. *La Vieillesse et l'État. Chapitre I – À la découverte d'une politique de la vieillesse*, 1981. Disponível em http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/9_-_bulletin_d_histoire_de_la_la_securite_sociale_no_9.pdf. Acesso em 21 de fevereiro de 2013.
- GUIMARÃES, P. Políticas públicas de educação de adultos em Portugal: diversos sentidos para o direito à educação? *Rizoma Freiriano*, v. 3, p. 1-5, 2009. Disponível em: <<http://www.rizoma-freireano.org/index.php/politicas-publicas>>. Acesso em: 21 mar. 2013.
- LENOIR, R. Objet sociologique et probleme social. In: CHAMPANHE,P.; LENOIR, R.; MERLLIÉ, D.; PINTO, L. (Dir.). *Initiation à la Pratique Sociologique*. Paris: Dunod, 1996. p. 51-100.
- LIMA, L. C. A educação de adultos em Portugal (1974-2004). In: CANÁRIO, R.; CABRITO, B. (Org.). *Educação e formação de adultos. Mutações e Convergências*. Lisboa: EDUCA, 2005. p. 31-60.
- LOPES, S.; SOUZA, L. S. EJA: uma educação possível ou mera utopia? *Alfasol*, São Paulo, v. 5, 2005. Disponível em: <http://www.cereja.org.br/pdf/revista_v1_Revista_SelvaPLopes.pdf>. Acesso em: 03 set. 2013.
- OSÓRIO, A. R. La formación en la adulterz tardía. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, n. 41-3, p. 11-32, 2007. Disponível em: <<http://iduc.uc.pt/index.php/rpppedagogia/article/view/1206/654>>. Acesso em : 07 mar. 2013.
- PAULA, R. S. O não-lugar da pessoa idosa na educação. *Práxis Educacional*, v. 5, n. 7, p. 29-43, jul./dez. 2009. Disponível em : <<http://periodicos.uesb.br/index.php/praxis/article/view/298/333>>. Acesso em: 03 set. 2013.
- PEIXOTO, E. C. *Envelhecimento e imagem: as fronteiras entre Paris e Rio de Janeiro*. São Paulo: Annablume, 2000.

PERES, M. A. C. Velhice, Política e Autonomia: O movimento social do idoso e as políticas da terceira idade no Brasil. *HISTEDBR On-line*, Campinas, n. 26, p. 144 –159, jun. 2007. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/26/art09_26.pdf> . Acesso em: 05 ago. 2015.

ROCHA, M. C. J. O envelhecimento activo: uma análise à luz de uma ética educativa crítica. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 20, n. 45, p. 39-52. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10055>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

VELOSO, E. *Políticas e contextos educativos para os idosos*: um estudo numa Universidade de Terceira Idade em Portugal. 2004. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade do Minho, Portugal, 2004. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/908?mode=simple>>. Acesso em: out. 2015.

VELOSO, E. A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 6., 2008, Lisboa. *Mundo sociais: saberes e práticas*, Associação Portuguesa de Sociologia, 2008, p.1-12. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/>>. Acesso em: 05 fev. 2013.

VELOSO, E. As Universidades da terceira idade em Portugal: um contributo para a análise da sua emergência. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, v. 41-3, p. 263-284, 2007.

VIEIRA, M. C. *Fundamentos históricos, políticos e sociais da educação de jovens e adultos*. Brasília: UnB, 2004

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS DE NÍVEL INTERNACIONAL

DECLARAÇÃO DE HAMBURGO SOBRE EDUCAÇÃO DE ADULTOS. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE EDUCAÇÃO DE ADULTOS, 5., 1997. Disponível em: <www.fe.unicamp.br/gepeja/arquivos/VConfintea.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM (1848). Porto: Fundação Eng. António de Almeida, 1986.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Resolução 37/51. 1982. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento* Disponível em: <<http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Resolução 46/91. 1991.* Princípios das Nações Unidas para o Idoso Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm>. Acesso em: 10 dez. 2007

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento*, 2002. Disponível em: <www.cicts.uevora.pt/paienv.pdf>. Acesso em: 27 out. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Proposta de Convenção sobre os Direitos da Pessoa Idosa*, 2008. Disponível em: <www.ampid.org.br/Docs_ID/Convencoes_ONU_ID.php>. Acesso em: 18 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. (S, Gontijo Trad.)*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração sobre envelhecimento e saúde - Declaração de Brasília. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL, 1996. Disponível em: <<http://www.cies.org.br>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento Saudável: uma Política de Saúde*, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 15 dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, 1998. Disponível em : <www.oecd.org/dataoecd/21/10/2430300.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). *Fiscal Implications of Ageing – Projections of Age-Related Spending*, 2001. Disponível em : <<http://www.oecd.org/eco/outlook/2085481.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015

WORLD BANK GROUP. *What's next in aging Europe: Aging with growth in Central Europe and the Baltics Conference Edition: For Discussion*, 2015. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/ECA/aging%20europe.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

DA UNIÃO EUROPEIA

COMISSÃO EUROPEIA. *Envelhecer bem na sociedade da informação*:plano de acção no domínio tecnologias da informação e das comunicações e envelhecimento, 2007. Disponível em: <europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/l24292.htm>. Acesso em: 26 out. 2008.

COMISSÃO EUROPEIA. *Livro Verde - uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas*, 2005. Disponível em: <www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=3931&p_est_id=9368>. Acesso em: 26 mar. 2009.

COMISSÃO EUROPEIA. *The 2012 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*, 2012. Disponível em: <http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

COMISSÃO EUROPEIA. *Uma Europa para todas as idades - promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*, 1999. Disponível em: <europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c11308.htm>. Acesso em: 17 mar. 2009.

CONSELHO EUROPEU. *Agenda Social Europeia*, 2000. Disponível em: <www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/.../SocialAgenda_PT.pdf>. Acesso em: 18 maio 2013.

CONSELHO EUROPEU . *Decisão 92/440/CEE de 24 de Junho de 1992*. Relativa à organização do Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre as Gerações , 1992. Disponível em: <<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992D0440:PT:HTML>>. Acesso em: 18 maio 2013.

CONSELHO EUROPEU. *Relatório de avaliação na proposta de decisão do conselho relativa ao apoio comunitário a ações em favor dos idosos*, 1994. Disponível em: <eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=...31992D0440:PT...>. Acesso em: 18 maio 2013.

CONSELHO EUROPEU DE LISBOA, 2000. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/LegCE/Conselho%20Extra%20Lx%20-%20conclusoes.htm>>. Acesso em: 18 maio 2013.

CONSELHO EUROPEU DE NICE, 2000. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/LegCE/Conselho%20Europeu%20Nice%20-%20Conclusoes%20da%20presidencia.htm>>. Acesso em: 18 maio 2013.

EUROPEAN NETWORK OF HEADS OF PES. Meeting the Challenge of Europe's Aging Workforce – The Public Employment Service Response. *Issues paper adopted during the 29th meeting of European Heads of Public Employment Services*. Warsaw, 8th of Dec. 2011. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7301&langId=en>>. Acesso em: 18 maio 2013.

PARLAMENTO EUROPEU E CONSELHO EUROPEU. *Decisão n.º 940/2011/EU*. Ano Europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre as gerações, 2011. Disponível em: <<http://www.igfse.pt/upload/docs/2011/Decis%C3%A3o%20n%C2%BA%20940-2011.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

PARLAMENTO EUROPEU. *Resolução sobre a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento*, 2002. Disponível em: <www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P5-TA-2002-0184+0+DOC+PDF+V0//PT>. Acesso em: 17 nov. 2008.

DE PORTUGAL

AGÊNCIA NACIONAL PARA A QUALIFICAÇÃO. *Linhas orientadoras para o futuro da iniciativa novas oportunidades*, 2010. Disponível em: <<http://www.anqep.gov.pt/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigoms=0&codigono=6571A&bck=1&chave=Balan%u00e7o&tema=all&advance>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

COMISSÃO PARA A CIDADANIA E A IGUALDADE DE GÉNERO. Presidência do Conselho de Ministros. *Igualdade de Género em Portugal 2011*. Lisboa, 2012. Disponível em: <http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documents/Igualdade_Genero_2011.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Estado da Educação 2011*: a qualificação dos Portugueses. 2012. Disponível em: <http://www.epatv.pt/v2/dados/phocadownload/anolectivo20112012/estado_da_educacao_2011.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal, 2001-2011*, 2012. Disponível em: <http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...>. Acesso em: 12 fev. 2013.

OBSERVATÓRIO DAS FAMÍLIAS E DAS POLÍTICAS DE FAMÍLIA. *Relatório 2011*. 2012. Disponível em: <<http://www.observatoriofamilias.ics.ul.pt/images/relatrio%20ofap%20versao%20definitiva%20setembro%202012.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

PLANO NACIONAL DE EMPREGO. *Estratégia nacional do envelhecimento ativo*, 2006. Disponível em: <www.socialgest.pt/_.../ENEA_Estrategia_Nacional_Envelhecimento_...>. Acesso em: 25 maio 2013.

PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa (1976). *VII Revisão constitucional*, 2005. Disponível em: <<http://www.parlamento.pt/Legislação/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

PORUGAL. Lei n.º 28/84, de 14 de agosto. Lei de bases da segurança social. *Diário da República*, Assembleia da República, 1984. Disponível em: <http://www.igf.min-financas.pt/Leggeraldocs/LEI_028_84.htm>. Acesso em: 22 nov. 2013.

PORUGAL. Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social. *Programa de apoio integrado a idosos*, 1994. Disponível em: <<http://www4.seg-social.pt/programa-de-apoio-integrado-a-idosos-paii>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

PORUGAL. Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Iniciativa novas oportunidades*, 2005. Disponível em: <www.cnel.gov.pt/document/iniciativa_novas_oportunidades.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PORUGAL. Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Iniciativa novas oportunidades: dois anos em Balanço*, 2007. Disponível em: <www.oei.es/pdfs/novas_oportunidades2007.pdf>. Acesso em 12 de fevereiro de 2013.

PORUGAL. *Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, 2012. Disponível em: <europa.eu/ey2012/ajax/BlobServlet?docId=7343&langId=p>. Acesso 25 maio 2013.

PORUGAL. *Resolução n.º 61/2011, de 22 de Dezembro*. Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, 2011. Disponível em: <dre.pt/pdfgratis/2011/12/24400.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.

Do BRASIL

ANUÁRIO BRASILEIRO DA EDUCAÇÃO BÁSICA, 2012. Disponível em: <http://www.todospelaeducacao.org.br//arquivos/biblioteca/anuario_brasileiro_da_educacao_basica_2012.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. *Resolução CNE/CEB nº 1, de 5 de julho de 2000*. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação e Jovens e Adultos. Brasília, 2000.

BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, 2003. Disponível em: <<http://new.netica.org.br/prevencao/cartilha/plano-educdh.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Brasília: Presidência da República*, 1988. Dísponevel em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso 10 jan. 2013.

BRASIL. *Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, revogado pelo Decreto nº 4.229, de 13 de maio de*. Programa Nacional de Direitos Humanos, 2002. Disponível em: <http://www.uece.br/labvida/dmddocuments/pnhd_1.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm>. Acesso em: 23 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de prevenção e morbimortalidade por acidentes e violência*, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso em: 19 ago. 2015.

BRASIL .Presidência da República. *Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa*, 2015. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/conferencias>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL.Presidencia da República. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Política Nacional do Idoso .Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003*. Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL.Presidência da República .*Plano de Ação/Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*, 2005. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf>. Acesso em: 17 ago.2015.

BRASIL.Presidência da República. *Resolução nº 22, de 17 abril de 2014*. Disponível em:<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.abr.14/Iels75/U_RS-PR-CNDI-22_170414.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos . Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico*, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>>. Acesso em: 5 dez. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Indicadores Sociodemográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030*, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/>. Acesso em: 10 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD 2012*, 2013. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2476>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050*, 2008. Disponível em: <Publicação Sugerida http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/>. Acesso em: 5 dez. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Uma avaliação do retorno econômico da alfabetização de adultos com Base nos dados do IBGE*. Belo Horizonte, mar. 2005. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/estudos_pesquisas-eja-default>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). *FUNDEB*, 2013c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=669&id=12327&option=com_content&view=article>. Acesso em: 21 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC) .*O PNE 2011-2020*. 2011. Disponível em: <fne.mec.gov.br/images/pdf/notas_tecnicas_pne_2011_2020.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional de Educação. Câmara Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica*, 2013a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12814&Itemid=872>. Acesso em: 21 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). *PNE 2011-2020 – Projeto de Lei*, 2013b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16478&Itemid=1107>. Acesso em: 21 nov. 2013.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD). *Aspectos Complementares da Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional*, 2007. Disponível em: <portal.mec.gov.br/dmddocuments/pnad_eja.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2013.

GILSENIR M. P. A. DÁTILO
ANA PAULA CORDEIRO
(ORG.)

A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Ligia Cristiane Santos Fonseca

Isabela Feitosa de Carvalho

Marcos Eduardo Scheicher

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A população brasileira vivencia, atualmente, um período de transição demográfica, uma vez que a porcentagem de indivíduos idosos tem aumentado significativamente. Segundo os dados do IBGE, está prevista para o período entre os anos de 2000 e 2020 a duplicação dessa população, chegando-se a 29% do total de brasileiros em 2050 (IBGE, 2009).

Sabendo-se desse novo contexto social, que tem se mostrado presente não apenas no Brasil, é importante entendermos o processo de envelhecer e suas implicações. O perfil da população idosa dos dias atuais é diferente dos idosos de alguns anos atrás; hoje, se vive mais, porém a incidência de doenças crônicas tem aumentado significativamente nessa faixa etária, fator que reflete diretamente sobre a qualidade de vida dos idosos (IBGE, 2009; MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L., 2006).

A incidência de quedas em idosos, fator que tem impacto sobre a ocorrência de comorbidades e mortalidade nessa população, direta ou indiretamente (SIQUEIRA et al. , 2007; STEVENS et al. , 2007; MACIEL et al. , 2010) tem a ver com esse tipo de envelhecimento. Apresentaremos

a seguir, um panorama em relação a esse gigante geriátrico (quedas), discutindo suas causas e consequências e apresentando possibilidades terapêuticas de prevenção das quedas e recuperação do equilíbrio postural.

QUEDAS: DEFINIÇÃO, CONCEITOS E IMPLICAÇÕES

Um bom desempenho físico da pessoa idosa está relacionado com a integração dos vários sistemas corporais que, agindo de forma complementar, atuam na execução dos movimentos e reações para evitar-se uma queda (OMS, 2010). Os principais sistemas corporais envolvidos nesses mecanismos são os sistemas muscular e ósseo, que são responsáveis pela sustentação e movimentos corporais; sistema vestibular, que atua diretamente sobre a posição do corpo no ambiente e auxilia no equilíbrio; e sistema visual, que oferece ao corpo as referências do ambiente. Contudo, o envelhecimento, fisiológico ou patológico, exerce influência sobre todos os sistemas envolvidos, podendo assim expor o idoso ao risco de sofrer uma queda, juntamente com os fatores ambientais, como por exemplo, a força da gravidade que age sobre ele (ZAMBALDI et al., 2007; PERRACINI; GAZZOLA, 2009).

O fenômeno da queda é definido como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil” (PEREIRA et al., 2002; BUKSMAN et al., 2008). Tal fenômeno é visto hoje como um problema de saúde pública, considerando-se as consequências importantes que este tem demonstrado na população idosa.

Dados estatísticos têm revelado que, na população mundial, 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos sofrem quedas anualmente, sendo que em idosos acima de 70 anos esses valores sobem para 32 a 42% (TINETTI, 1988; STALENHOEF et al., 2002). No Brasil, estudos epidemiológicos acerca da prevalência de quedas em idosos, mostram que 34,8% dos indivíduos avaliados referiram episódio de queda, sendo associado com a idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde ruim e maior número de medicamentos em uso contínuo (SIQUEIRA et al., 2007).

Diferente do que se tem colocado como um evento normal, decorrente do envelhecimento, a ocorrência de quedas em idosos pode trazer consequências à qualidade de vida do idoso, tais como fraturas, internações,

dependência para as atividades diárias, medo de cair, uso de mais medicamentos, depressão e até mesmo a morte. Sendo assim, medidas preventivas que envolvam os profissionais de saúde são as melhores ferramentas para evitar as quedas na terceira idade, agindo diretamente na promoção de saúde e na redução dos gastos que um idoso com história de quedas gera para a saúde pública e também para seus familiares (GAWRYSZEWSKI, 2010; MACIEL, 2010; CRUZ et al., 2012; DEL DUCA; ANTES; HALLAL, 2013; FOHN et al., 2013).

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS EM IDOSOS

As quedas em idosos podem apresentar inúmeras consequências, entre elas, as fraturas, hospitalizações, fragilidade, aumento do risco de institucionalização, diminuição da mobilidade, incapacidade funcional e perda do convívio social. Fatores esses que podem desencadear prejuízos à qualidade de vida do idoso. Essas consequências são maiores nessa população devido à comorbidades presentes e a diminuição da funcionalidade de mecanismos de proteção, como o tempo de reação e estratégias motoras relacionadas ao equilíbrio corporal (SIQUEIRA et al., 2007). As lesões na cabeça, ferimentos graves, ansiedade, depressão e o chamado “medo de cair” (medo de subsequentes quedas) também podem ser encontrados como outros efeitos das quedas. Essas consequências atribuem ao idoso maior vulnerabilidade a novos episódios, independente de sua frequência (LOPES et al., 2009; PERRACINI, 2005) O estilo de vida sedentário pode estar relacionado com as causas da queda, mesmo em idosos não caidores. O sedentarismo leva a diminuição da mobilidade e equilíbrio, o que pode levar ao aumento do risco de quedas e do medo delas ocorrerem (PERRACINI; RAMOS, 2002; GANANÇA et al., 2006)

O conhecimento das consequências físicas, psicológicas e sociais das quedas em idosos é de extrema importância, pois auxiliará no delineamento das estratégias preventivas e de reabilitação de tais repercussões (SIQUEIRA et al., 2007).

FRATURAS

A fratura é uma das principais consequências da queda e causa do imobilismo e óbito. Podemos citar a osteoporose, perda de massa óssea (osteopenia) como uma de suas causas (GAWRYSZEWSKI, 2010). Em um estudo foram avaliados idosos pós-queda, sendo que 12,1% sofreram fraturas, 46% nos membros superiores e 28% nos membros inferiores (ROCHA, et al., 2010). Em outro estudo as fraturas mais frequentes foram as de quadril (43,3%) e punho (10%). As fraturas de braço e punho aumentam a dependência do idoso na realização das AVD's (Atividades de vida diária), enquanto as de tornozelo, quadril e joelho aumentam o risco do idoso ao imobilismo, o que pode acarretar a total dependência (ROCHA, et al., 2010; DEL DUCA; ANTES; HALLAL, 2013).

As internações hospitalares por fraturas de quadril aumentaram 8% no período de 4 anos. Esse tipo de fratura foi a causa de 32.908 internações em toda a rede do SUS (Sistema Único de Saúde) no ano de 2008, gerando um custo ao cofres públicos de R\$ 58,6 milhões. A dependência pós-fratura de quadril pode perdurar até seis meses depois da queda e 30 a 50% dos idosos recuperam a capacidade total de realizar as AVD's. Sendo assim, a fratura de quadril repercute em prejuízos na vida do idoso, não só pelo risco de óbito, mas pela complexa recuperação e consequente dependência (ROCHA, et al., 2010; DEL DUCA; ANTES; HALLAL, 2013)

SÍNDROME “PÓS-QUEDA” E MEDO DE CAIR

O medo de cair é a segunda principal consequência da queda e pode ser definido como um pavor descontrolado de andar novamente, mesmo sem o idoso apresentar problemas de locomoção e marcha (ISAACS; MURPHY, 1982). O idoso pode desenvolver a síndrome pós-queda caracterizada pelo medo de cair novamente com a consequente diminuição na realização de suas atividades de vida diária (AVDs), restrição na atividade física e perda de independência. O medo de cair e suas consequências podem explicar o sedentarismo da maioria dos idosos, o que pode se tornar um círculo vicioso com a diminuição da mobilidade e do equilíbrio, aumentando o risco de quedas. Dos idosos com história de quedas, 32% referem medo de novas quedas e são, na sua maioria, mulheres. Os fatores

associados ao medo de cair novamente são os distúrbios de marcha, a própria percepção da saúde física e mental e condições econômicas desfavoráveis (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; LOPES et al, 2009). É preciso lembrar que o medo de cair não está presente somente em idosos com histórico anterior de quedas. De acordo com Halvarsson et al. (2011), o medo de cair é comum após um episódio de queda, mas uma queda anterior não é necessária para desencadear o medo.

A dependência em quatro ou mais atividades de vida diária está associada com pelo menos uma queda no ano anterior quando comparados com idosos independentes. Entre os que caíram e foram atendidos em unidades de pronto-socorro e emergência, cerca de 40% tiveram dor prolongada ou incapacidade funcional por dois meses e 16% tiveram queixa de dor por cerca de sete meses após o evento (MAIA et al., 2011).

CONSEQUÊNCIA ECONÔMICA

Do ponto de vista econômico, o custo por qualquer problema de saúde pode ser classificado em duas grandes categorias: custos diretos e indiretos. Os custos diretos dizem respeito aos custos médicos e não médicos, como o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação. Os custos indiretos referem-se à perda de produtividade trazida pelo problema de saúde. Em 2006 foram gastos cerca de R\$ 50 milhões com internações de idosos por fratura de fêmur e R\$ 20 milhões com medicamentos (MEIO NORTE, s.d.). Em torno de 90% das fraturas de quadril são causadas por quedas e o custo estimado do tratamento é da ordem de 10 bilhões de dólares (PERRACINI, s.d.), sendo que metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperaram a mobilidade que tinham antes do evento.

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS

Além das consequências físicas, deve ser realizado o enfoque às repercussões psicológicas e sociais que as quedas trazem, pois, além de produzirem importante perda de autonomia e qualidade de vida entre idosos, podem também repercutir entre seus cuidadores e familiares que se mobilizam em torno de cuidados especiais, adaptando sua rotina em função da

recuperação ou adaptação do idoso após esse evento. O cuidador deve ser bem orientado no cuidado do idoso, para que os impactos da queda sejam diminuídos tanto no idoso quanto no próprio familiar.

COMO PREVENIR AS QUEDAS

Para podermos prevenir as quedas, faz-se necessário conhecer quais os principais fatores de risco e como evitá-los. Os fatores de risco podem ser separados em duas diferentes categorias, os fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, lembrando, porém, que as quedas geralmente ocorrem por motivos multifatoriais (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

Os fatores intrínsecos são relacionados ao próprio indivíduo (BRASIL, 2006) e entre eles estão: o próprio envelhecimento, ou seja, quanto mais idoso, maior a probabilidade de quedas (MACIEL, 2010; BECK et al., 2011; ALMEIDA et al., 2012); o gênero, sendo as mulheres mais vulneráveis (BECK et al., 2011); autopercepção ruim da visão (BECK et al., 2011; ALMEIDA et al., 2012); autopercepção ruim da saúde (ALMEIDA et al., 2012); quedas anteriores, distúrbios do equilíbrio e da marcha, lesões do sistema nervoso, distúrbios cognitivos, depressão e transtornos do sono (MACIEL, 2010).

Os fatores extrínsecos são associados com características ambientais (BRASIL, 2006) e entre eles estão: irregularidades na calçada/piso (MACIEL, 2010; BECK et al., 2011); ambiente molhado (BECK et al., 2011); iluminação inadequada, escadas, banheiros, calçados e órteses mal adaptadas; uso de quatro tipos de medicamentos ou mais (MACIEL, 2010); renda mensal menor ou igual a um salário mínimo (ALMEIDA et al., 2012).

Antes que a primeira queda ocorra, é importante a implementação demedidas preventivas, uma vez que a primeira queda trará consequências na saúde do idoso que levará a um círculo vicioso, trazendo uma perspectiva de estado de saúde ruim pelo próprio indivíduo, que continuará sem praticar atividade física e, por fim, piorar ainda mais a sua saúde (MAZO et al., 2007).

MEDIDAS PREVENTIVAS

1. PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE

A prática regular de atividade física aumenta a mobilidade do idoso, fator que está diretamente relacionado com a prevenção de quedas (GUIMARÃES et al., 2004; SILVA; DUARTE; ARANTES, 2011), além de minimizar os declínios da capacidade funcional, responsável pela independência e melhor condição de saúde (MAZO et al., 2007; BECK et al., 2011). Outro ganho que o exercício proporciona é o aumento da força muscular mantendo a composição e peso corporal (SPIRDUSO, 2005).

Quando se compara grupos de idosos praticantes de atividade física e idosos sedentários, percebe-se uma diferença significativa no equilíbrio e número de quedas nos últimos 12 meses, sendo ambas piores (pior equilíbrio e maior número de quedas) nos idosos que não praticam nenhum tipo de atividade (SANTOS et al., 2011).

2. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D

Alguns estudos investigaram o benefício da suplementação de vitamina D, associada ou não com o cálcio, para reduzir quedas em idosos e comprovaram sua eficácia. Com o aumento de vitamina D, ocorre um aumento da massa mineral óssea, força muscular e, consequentemente, prevenindo fraturas e as quedas (BISCHOFF et al., 2003; BISCHOFF –FERRARI et al., 2005; BISCHOFF –FERRARI et al., 2006).

A recomendação do consumo de vitamina D é de 10-15 mcg/dia, e deve ser feita juntamente com o consumo adequado de cálcio (800-1200 mg/dia) para garantir a reposição óssea. Os principais alimentos que contém essa vitamina são os lácteos, peixes e ovos (WHO, 2002).

O uso da vitamina D é seguro, possui baixo custo e é livre de efeitos adversos graves, ainda que seja utilizada em doses dez vezes maior que a recomendada (MELLO et al., 2010). Os idosos geralmente possuem uma deficiência dessa vitamina principalmente pela menor exposição à luz solar, menor resposta da pele à luz solar e diminuição na absorção intestinal do nutriente (WHO, 2002). Pacientes idosos acamados, com intolerância à lactose ou mesmo durante o inverno, no qual tendem a sair menos de casa,

devem receber atenção extra para evitar o risco de deficiência de vitamina D (ANTUNES; LOUZADA, 2010), lembrando que o caso de cada idoso é único, sendo necessário discutir o assunto com o seu médico antes de consumir medicamentos.

3. ADAPTAÇÃO AMBIENTAL

Uma vez relatadas as graves consequências que as quedas trazem aos idosos, é importante tornar o ambiente físico em que vivem funcional, seguro e que proporcione estímulo, controle pessoal e facilite interação social de forma a prevenir um acidente como a queda (LOJUDICE et al., 2008; MESSIAS; NEVES, 2009). Segue abaixo algumas dicas a partir dos acidentes mais referidos:

- **OBSTÁCULOS:** a maior parte das quedas é relatada como acidentes domésticos que poderiam ser impedidas se os moradores da casa evitassem objetos espalhados pela sala, escadas e quartos que, muitas vezes, servem de obstáculos para os idosos que acabam tropeçando e caindo, principalmente quando estão fazendo uso de um calçado inadequado. Animais domésticos soltos pela casa também podem ser considerados obstáculos para provocar uma queda. (MESSIAS; NEVES, 2009; MENEZES; BACHION, 2012).
- **PISO ESCORREGADIO:** o piso pode ser um problema em diversas situações, tais como ter um taco solto, pisos encerados e molhados ou mesmo calçadas inadequadas. Dessa forma, deve-se evitar tais irregularidades e situações, além de sempre colocar alertas próximos de pisos molhados para, dessa forma, evitar acidentes (BECK et al., 2011; RAMOS et al., 2011).
- **TAPETES:** tapetes avulsos ou carpetes mal adaptados, que deixam pontas dobradas ou deslizam facilmente pelo chão, são potencialmente perigosos para resultar em uma queda. O idoso não precisa necessariamente deixar de ter tapetes em casa, mas cuidados como utilizar tapetes com fixação (antiderrapantes) e uso de tapetes de borracha, principalmente nos banheiros, são adequados para evitar acidentes (OLIVEIRA et al., 2011).

- **ARMÁRIOS:** idosos devem evitar tarefas imprudentes, tais como tentar pegar objetos fora de alcance ou mesmo limpar prateleiras altas, subindo em banquinhos ou escadas dobráveis. Tais atitudes são inerentes principalmente aos idosos que nunca sofreram uma queda e possuem bom estado funcional, que acabam se expondo regularmente ao risco de uma queda (MESSIAS; NEVES, 2009).
- **ILUMINAÇÃO:** um ambiente mal iluminado relaciona-se principalmente com as quedas noturnas ou durante a madrugada, quando o idoso precisa levantar-se para ir ao banheiro ou tomar um copo de água. Pode ser também que o ambiente seja desfavorável, com pouca iluminação ou o interruptor fique longe da cama. Outra forma de evitar uma queda por precisar se levantar durante a noite/madrugada seria a adaptação de medicamentos que tem pico de produção de urina nesse período (MENEZES; BACHION, 2012).
- **ESCADAS INADEQUADAS:** escadas muito inclinadas, ausência de corrimão, degraus irregulares listam os problemas que as escadas podem trazer e, dessa forma, aumentar a possibilidade do idoso sofrer uma queda, seja dentro de sua própria casa ou mesmo em estabelecimentos comerciais (LI et al., 2006). A adequação e devida sinalização dos degraus é de extrema importância para evitar acidentes.
- **BANHEIROS:** além dos tapetes que já foram citados anteriormente, barras para auxílio próximo do vaso sanitário e dentro do local de banho, além de piso antiderrapante, banco para auxílio no banho e ter interruptor próximo da porta e em boa altura são medidas simples e eficazes para prevenir uma queda dentro do banheiro, local extremamente comum para quedas dentro do ambiente doméstico, principalmente durante o banho (CELICH et al., 2010).
- **MEDICAMENTOS:** a maioria dos idosos se encaixa na situação denominada polifarmácia, fazendo uso concomitante de mais de quatro medicamentos por dia, sendo que anti-hipertensivos, antidepressivos, psicotrópicos e analgésicos entram como os mais comumente utilizados (RAMOS et al., 2011). O idoso deve conversar com seu médico sempre que possível para reavaliar a necessidade de continuar com os

medicamentos e evitar a automedicação, que pode ser potencialmente perigosa para sua saúde e acarretar uma queda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado acima, a ocorrência de quedas na população idosa tem grande impacto na vida de cada pessoa, bem como da família, além do impacto social e financeiro para o sistema de saúde. Apesar disso, é possível prevenir/diminuir a ocorrência de quedas com adequações domiciliares e exercícios físicos, atitudes relativamente simples, mas que podem fazer a diferença para essa população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. T. et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 58, n. 4, p. 427-433, 2012.
- ANTUNES, M. T.; LOUZADA, M. L. Recomendações de nutrientes na abordagem nutricional do idoso: um estudo de revisão. In: SCHWANKE et al. *Atualizações em geriatria e gerontologia III: nutrição e envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 61-72.
- AULER, J. O. C. J. et al. Manobra de recrutamento alveolar na reversão da hipoxemia no pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca. *Rev. Bras. Anestesiol.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 5, p. 476-488, set./out. 2007.
- BECK, A. P. et al. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto Contexto Enferm*, v. 20, n. 2, p. 280-286, 2011.
- BISCHOFF, H. et al. Effects of vitamin D and calcium supplementation on falls: a randomized controlled trial. *J Bone Miner Res*, v. 18, p. 343-351, 2003.
- BISCHOFF-FERRARI, H. A. et al. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, v. 293, p. 2257-2264, 2005.
- BISCHOFF-FERRARI, H. A. et al. Is falls prevention by vitamin D mediated by a change in postural or dynamic balance? *Osteoporos Int.*, v. 17, p. 656-663, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006.

BUKSMAN S. et al. *Quedas em idosos:* prevenção. *Projeto diretrizes.* Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.p. 10. 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

CELICH, K. L. S. et al. Fatores que predispõem às quedas em idosos. *RBCEH*, v. 7, n. 3, p. 419-426, 2010.

CRUZ, D.T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*, v.46, n.1, p.138-46, 2012.

DEL DUCA, G. F.; ANTES, D. L.; HALLAL, P. C. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Epidemiol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 68–76, 2013.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FOHN, J.R.S. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. *Rev Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 266-73, 2013.

GANANÇA, F. F. et al. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 388-393, maio/jun. 2006.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*, v. 56, n. 2, p. 162-167, 2010.

GUIMARÃES, F. A. M. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. *Rev. Bras. Ortop.*, Rio de Janeiro, v. 46, suppl. 1, p. 48-54, 2011.

GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e os idosos sedentários. *Rev Neurociências*, v. 12, n. 2, 2004.

HALVARSSON, A. et al. Effects of new, individually adjusted, progressive balance group training for elderly people with fear of falling and tend to fall: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, v. 25, n. 11, p. 1021-1031, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. *Estudos e Pesquisas: Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, n. 25, p.79-96, 2009.

MURPHY, J.; ISAACS, B. The post-fall syndrome. *Gerontology*, v. 28, n. 4, p. 265-270, 1982.

LI, W. et al. Outdoor falls among middle-aged and older adults: a neglected public health problem. *Am J Public Health*, v. 96, n. 7, p. 1192-1200, 2006.

LOJUDICE, D. C. et al. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. *Rev Bras Geriatria Gerontologia*, v. 11, n. 2, p. 320-328, 2008.

LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade , equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 223-229, 2009.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde público desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 4, p. 554-557, 2010.

MACIEL, S. S. S. V. et al. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o sistema de informações sobre mortalidade. *Rev. AMRIGS*, v. 54, n. 1, p. 25-31, 2010.

MAIA, B. C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-393, 2011.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 4, p. 540-547, 2006.

MAZO, G. Z. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev Bras Fisioter.*, v. 11, n. 6, p. 437-442, 2007.

MEIO NORTE. *Cresce gastos do SUS com queda de idosos*. Disponível em: <<http://www.meionorte.com/noticias/geral/cresce-gastos-do-sus-com-queda-de-idosos-45309.html>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

MELLO, R. G. B. et al. Vitamina D e prevenção de quedas em idosos: uma revisão sistemática. *Sci Med*, v. 20, n. 2, p. 200-206, 2010.

MENEZES; R. L.; BACHION, M. M. Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. *Rev Eletr Enf*, v. 14, n. 3, p. 550-558, 2012.

MESSIAS, M. G.; NEVES, R. F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. *Rev enferm UERJ*, v. 19, n. 1, p. 107-113, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*, 2010.

PEREIRA S.R.M. et al. Quedas em idosos. In: JATENE F.B.; CUTAIT R.; ELUF NETO J.; NOBRE M.R.; BERNARDO W.M. (Org). São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília, Conselho Federal de Medicina, p. 405-14, 2002. *Projeto diretrizes*, v. 1.

PERRACINI, M.R.; GAZZOLA, J.M. *Balance* em idosos. In: PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M. (Col.). *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 115-151.

PERRACINI, M.R. *Prevenção e manejo de quedas no idoso*. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso092.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: RAMOS, L. R.; TONILO NETO, J. *Geriatria e gerontologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar/UNIFESP-Escola Paulista de Medicina*. São Paulo: Manole, 2005.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, R. L. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

RAMOS, C. V. et al. Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. *Rev Eletr Enf*, v. 13, n. 4, p. 703-713, 2011.

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 690-696, out./dez. 2010.

SANTOS, G. M. et al. Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não-praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. *Rev Bras Fisioter*, v. 15, n. 2, p. 95-101, 2011.

SILVA, E. C.; DUARTE, N. B.; ARANTES, P. M. M. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosas. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 18, n. 1, p. 23-30, 2011.

SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-756, 2007.

STALENHOEF, P. A. et al. A risk model for the prediction of recurrent falls in community dwelling elderly: a prospective cohort study. *J. clin. epidemiol*, v. 55, n. 11 , p. 1088-1094, 2002.

STEVENS, J. A. et al. Fatalities and injuries from falls among older adults, united states, 1993-2003 and 2001-2005. *J Am Med Assoc*, v. 297, n. 1, p. 32-33, 2007.

TINETTI, M. E. et al. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, v. 319, p. 1701-1707, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization, 2002.

ZAMBALDI et al. Efeito de um treinamento de equilíbrio em um grupo de mulheres idosas da comunidade: estudo piloto de uma abordagem específica, não sistematizada e breve. *Acta Fisiatr*, v. 14, n. 1, p. 17-24, 2007.

O ENVELHECIMENTO E A QUESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Maria Jose Sanches Marin

Vanessa C. BertassiPanes

“Saúde é valiosa à medida que promove felicidade; longevidade é valiosa à medida que oferece oportunidades continuadas para felicidade.”

(GRIMLEY-EVANS, 1992, p.107)

Considerando a complexidade que envolve a qualidade de vida na velhice, o presente capítulo, propõe-se a discutir aspectos do envelhecimento que interferem na qualidade de vida, as políticas públicas que visam a melhoria dessa condição, bem como a conceituação de qualidade vida para essa fase da vida e os fatores que podem contribuir para sua melhoria.

A qualidade de vida é uma temática atual e que vem ganhando cada vez mais espaço nas discussões a respeito do envelhecimento, pois se trata de um processo intrigante e desafiante ao homem e a ciência desde tempos mais antigos. Atualmente vive-se um momento de grande crescimento da expectativa de vida, no entanto, pouco se caminhou em termos de qualidade de vida. Esse é o desafio atual, manter os indivíduos vivendo cada vez mais e de maneira saudável, com qualidade de vida.

Na abordagem do tema em pauta, é preciso inicialmente a compreensão das condições impostas ao idoso no atual contexto social, o que implica em considerar aspectos que desfavorecem a qualidade de vida de grande parte dos idosos brasileiros.

A população idosa vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, o que se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde, associado às campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina, aumento do nível de escolaridade, investimento em infra-estrutura de saneamento básico, dentre outros fatores, culminando na redução nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011; BRASIL, 2010).

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como:

[...] um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torna menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumenta sua possibilidade de adoecimento e morte. (OPAS, 2003)

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento vem ocorrendo de forma rápida, sem que seja possível o adequado preparo para o atendimento das necessidades oriundas dessa nova condição. Enquanto que nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional ocorreu de forma lenta associado à melhoria nas condições de vida (BRASIL, 2010; NUNES; PORTELLA, 2003).

A transição demográfica brasileira se caracteriza como um dos fenômenos sociais mais significativos para a economia e para a sociedade desde a metade do século passado. Permeada por desigualdades regionais e sociais, destaca-se que a população mais pobre é a que mais tem crescido. Em 2000, 12% da população idosa possuía renda per capita inferior a meio salário mínimo e, um terço dos idosos até um salário mínimo. (GOLDMAN, 2004)

Ao se considerar a pobreza entre os idosos no Brasil, que, apesar de a aposentadoria representar a garantia de direitos e de inclusão social, apresenta valores que não permitem o atendimento satisfatório das necessidades de sobrevivência, principalmente para aqueles que envelhecem com doenças e incapacidades (FERNANDEZ; SANTOS, 2007). Pois, 70% dos aposentados e pensionistas do INSS recebem um salário mínimo por mês (GOLDMAN, 2004).

Entre os 650 mil novos idosos que anualmente se incorporam à população brasileira, grande parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais, o que acarreta agravos na saúde, diferentes níveis de dependência, demandando assistência de longa duração e de alto custo (VERAS, 2007).

Frente a isso e ao despreparo da sociedade para lidar com tal condição, o cotidiano do idoso torna-se permeado por intensa problemática que envolve a desvalorização das aposentadorias e pensões, a falta de assistência e atividades de lazer, a desinformação e a precariedade de investimentos públicos para atendimento das necessidades próprias da faixa etária (PARAHYBA, 2006).

O processo de envelhecimento, no entanto, enquanto resultante de múltiplas condições incluindo tanto aspectos fisiológicos como social, cultural e econômico, ocorre de forma distinta entre os indivíduos e entre os diferentes contextos sociais, tornando difícil delinear parâmetros a partir dos quais ele possa ser considerado (DUARTE, 2001). Mesmo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos. Esse mesmo critério é reafirmando no Estatuto do Idoso Brasileiro. Além disso, a partir da compreensão de que quanto mais avançada a idade maior a tendência das alterações e problemas decorrentes desse processo, os idosos são classificados em distintas faixas, sendo: idoso jovem, aquele com 60-74 anos; idoso intermediário com 75-84 anos; idoso mais velho com 85-100 anos e os centenários com mais de 100 anos. (ELIOPOULOS, 2011).

Destaca-se na transição demográfica populacional o crescente aumento da população com 80 anos ou mais. Em 2000, essa faixa etária perfazia um total de 17% dos idosos e, para 2050, projeta-se que a mesma se aproximará de 28% (CARVALHO; RODRIGUES WONG, 2008). Referindo-se à proporção dessa faixa etária em relação à população em geral, evidencia-se o seu aumento de 0,92% no ano de 2000, para 1,3 em 2010 e projeta-se para 2050 que tal proporção chegará a 6,39%. Dado este que também evidencia a transição demográfica acelerada na realidade brasileira (IBGE, 2008).

Ao se considerar que em 2025 o Brasil contará com uma população de idosos em torno de 34 milhões (Furtado et al, 2012), depreende-se que a faixa etária de 80 anos ou mais irá perfazer um total aproximado de 9,5 milhões de pessoas. Sendo assim, o grupo de “mais idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), se constitui no segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (BRASIL, 2010).

Existe grande diferença entre as condições de saúde do idoso jovem e dos mais idosos, sendo que estes últimos são mais vulneráveis à fragilidade e limitações funcionais (ENKVIST; EKSTRÖM; ELMMSTAH, 2012). Estudo realizado no Município de São Paulo com os muito idosos encontrou alta prevalência de doenças crônicas, de quedas, de fragilidade funcional e alto grau de dependência para as atividades básicas de vida diária. Além disso, referiram dificuldade de acesso ao tratamento e medicamentos considerados essenciais nos casos de doenças debilitantes como diabetes e cerebrovasculares (FERREIRA, 2006).

Outro aspecto a ser considerado frente ao processo de envelhecimento, é que a longevidade não pode ser considerada apenas do ponto de vista da diminuição da mortalidade, pois precisa ser acompanhada da compreensão da morbidade e incapacidade, o que tem grande interferência na qualidade de vida. Nesta perspectiva, enfatiza-se muitas vezes que viver mais tempo vem acompanhado de dificuldade por se viver longos períodos da vida acamado ou com outro tipo de padecimento, o que acarreta grande carga de sofrimento tanto para o idoso como para aqueles que os cerca (família e sociedade) (GU; ZENG, 2012).

Ao analisarem as consequências do processo de envelhecimento para países em desenvolvimento, foram consideradas distintas possibilidades:

a) Uma delas aponta para a condição de a redução da mortalidade caminhar juntamente com a redução da morbidade e da incapacidade e, ao caminharem juntas, a maior sobrevida será sem incapacidade, levando a uma melhor qualidade. b) Ao contrário disso, discute-se que os anos vividos não serão acompanhados pela redução de morbidade e incapacidade, levando ao aumento das doenças e incapacidade. c) Outra condição possível seria que o aumento dos anos vividos, a freqüência de doenças crônicas

e a conservação da autonomia ocorressem de forma independente entre si, porém, dependentes de intervenções que visem retardar o início da doença ou as suas complicações (LEBRÃO, 2007).

Mesmo frente às distintas possibilidades quanto ao que pode ocorrer com as pessoas que estão envelhecendo, na atualidade se observa aumento da razão de dependência senil e, consequentemente, piora na qualidade de vida, visto que as duas condições estão intimamente relacionadas. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde apresentados por Engler (2002) uma mulher brasileira de 60 anos pode esperar viver livre de incapacidades por cerca de 14 anos e os homens por cerca de 8 anos. No Canadá essa taxa atinge 20 anos para as mulheres e 14 para os homens. Este dado reflete a velhice, a incapacidade e pode contribuir para elaboração de políticas públicas.

Outra pesquisa, realizada no município de Gruaramiranga, no Ceará, mostra que 69,4% dos idosos com 80 anos ou mais, declararam que sua condição de saúde regular/ruim, enquanto que 30,6% disseram ser excelente/boa. No mesmo estudo percebe-se que esta população é a que mais sofre em relação a dificuldades sensoriais e problemas ósteo-articulares. Frente a isso, os autores destacam que o maior desafio na atenção à saúde dos idosos consiste em garantir que eles sejam capazes de redescobrir possibilidades e desfrutar da melhor qualidade de vida possível (SANTOS; MATTOS, 2011).

No processo de envelhecimento da população brasileira destaca-se, o predomínio de mulheres. Atribui-se ao sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino, maior vulnerabilidade no estado de saúde em relação a risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de múltiplos medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas (BRASIL, 2010).

Acrescenta-se, ainda, que as mulheres constituem a maioria dos pobres, tanto entre os idosos como entre os não idosos. Os idosos, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem uma parcela da população vulnerável ao estado de pobreza, passando a depender significativamente de outras fontes de renda, principalmente da aposentadoria. Além disso, tendem a apresentar maior volatilidade na sua estrutura de gastos correntes, quase sempre, do inesperado surgimento de despesas, principal-

mente com a saúde (BARROS; MENDONÇA; SANTOS, 1999). Situações que levam a maior insatisfação e pior julgamento da qualidade de vida.

Frente ao crescente aumento da população, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida, é necessário que as transformações deste período sejam adaptáveis a uma vida saudável, uma vez que o envelhecer não pode determinar o adoecimento do idoso, perdendo sua capacidade e poderes sobre a saúde (MENEZES; LOPES, 2012).

Assim, este novo cenário epidemiológico deve trazer mudanças na atenção à saúde da população idosa, para que estes consigam desfrutar com qualidade os anos a mais de vida, pois a longevidade de nada adianta se vier acometida por incapacidades. Deve se investir mais em saúde primária, com intuito de desenvolver ações a fim de possibilitar um envelhecer mais digno (CARBONI; REPETTO, 2007). É função das políticas públicas, contribuir para que mais pessoas alcancem a idade avançada com melhor qualidade de vida.

Os direitos desta população a uma melhor qualidade de vida vêm sendo assegurados em forma de leis desde a elaboração da Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1999). Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, foi instituída e regulamentada, em 1996, a Política Nacional do idoso (PNI), a qual tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover ou manter sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa política traz responsabilidades partilhadas pelo Estado, família, sociedade civil, ministério público, órgãos públicos e instituições sociais e assegura aos idosos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida com qualidade (KEINERT; ROSA, 2009).

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso pela Lei n 10741. Essa lei prevê a prioridade às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento permanente, o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral. Em seu artigo 18 determina que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento

e a capacitação dos profissionais, assim como a orientação aos cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda” (MARZIALE, 2003).

Por meio do Ministério da Saúde, a Portaria 2528 estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) (Brasil, 1999), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas de saúde coletivas para esse fim, em consonância com os princípios do SUS (LOUVISON; BARROS, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprova o “Pacto pela Saúde” com a finalidade de estabelecer novos compromissos em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades da população, visando ao Pacto em defesa pela vida, Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Pacto de Gestão do SUS. Assim, no Pacto em defesa pela vida, a saúde de idoso surge como uma das seis prioridades estabelecidas. Cabe destacar que a Portaria GM nº 2528, de outubro de 2006, define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família (Brasil, 2006).

Entende-se, portanto, que as políticas estão de fato direcionando a atenção à saúde do idoso de forma a aumentar e a facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado (LOUVISON; BARROS, 2009). No entanto, tem se observado que o direcionamento dado pelas políticas de atenção ao idoso, ainda estão distante de serem implementadas na sua totalidade, o que dificulta que eles usufruam dos seus direitos. Nesta discrepância entre o proposto e a implementação, fica a cargo da família e das redes de apoio informal a atenção e cuidado dos idosos incapazes de cuidar de si.

Preocupação já registrada desde 1996:

Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado. (PASCHOAL, 1996, p. 314)

Os pesquisadores têm se empenhado cada vez mais no sentido de promover evidências que ofereçam condições para um envelhecimento “bem-sucedido”, que extrapola o fato de viver muitos anos, para ser “uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história e seu grupo etário (NERI, 2000).

Assim como existem muitos fatores que influenciam na definição de “envelhecimento bem-sucedido”, considerar um idoso com qualidade de vida, também exige um olhar que contemple a complexidade que envolve essa condição.

O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA: DIVERSAS MANEIRAS DE OBSERVAR O MESMO “OBJETO”

A dificuldade na unidade do conceito de qualidade de vida surge desde a definição de qualidade. Para cada cultura, região e ocasião há um entendimento sobre o que seja “boa qualidade”.

De maneira geral, o termo abrange muitos significados, que refletem diretamente conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e coletividades em diferentes épocas e espaços da história (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

Ao aplicar o termo para a saúde, observa-se grande complexidade e, com isso, dificuldades em elencar os indicadores que possibilite a sua mensuração.

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, experiências, padrões e preocupações”. (WHOQOL, 1998).

Lawton (1991) utiliza de quatro domínios para conceituar qualidade de vida nos idosos, sendo eles: competências comportamentais, o ambiente objetivo, bem-estar psicológico e qualidade de vida percebida.

Em contraponto à definição da Organização Mundial da Saúde, uma outra linha de pesquisa, amplamente usada na literatura, transpõe os limites da qualidade de vida (QV) e estabelece relações diretas com enfermidades ou intervenções em saúde. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) pode ser caracterizada como ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e sensação de bem-estar, além de relacionar perspectivas futuras e a satisfação do indivíduo com seu tratamento, resultados e estado de saúde. (BOWLING, 2001).

Sendo assim, levar em consideração a auto percepção do idoso a respeito de sua condição de qualidade de vida é imprescindível, pois estudos mostram que a visão do idoso, pode na maioria das vezes, ser diferente de seu cuidador ou das pessoas que o cercam (GUEDES; BARBOSA; MAGALHAES, 2013; INOUYE, 2008). Os autores de um estudo que verificou os auto e heterorretratos de qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo e seus cuidadores observaram que os idosos com declínio cognitivo se julgam com melhor qualidade de vida do que o seu cuidador o considerava (GUEDES; BARBOSA; MAGALHAES, 2013).

Caminhar com a caracterização de qualidade de vida é também caminhar na formulação de indicadores que possibilitem pontuar ou mensurar a condição dos indivíduos, inclusive dos idosos, para que seja possível um parâmetro de comparação e diagnóstico.

PANORAMA NACIONAL DA MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

As avaliações diferem quanto as escalas utilizadas e as populações estudadas mas, em se tratando de idosos, os resultados são muito próximos ou direcionados ao mesmo sentido.

Vecchia et al (2005), entrevistando idosos em seus domicílios, partiram de maneira simples para entender qualidade de vida: perguntando “O que é qualidade de vida para o senhor?”. E observaram a valorização pelos idosos do bom relacionamento com a família, com amigos e da participação em organizações sociais; da saúde; de hábitos saudáveis; de se possuir bem-estar, alegria e amor; de uma condição financeira estável; do

trabalho; da espiritualidade; de praticar trabalhos voluntários e de poder aprender mais.

Utilizando uma das escalas multidimensionais “estendida” aos idosos, Santos et al (2002) identificam uma graduação que vai de pouca a moderada satisfação em pessoas com mais de 60 anos participantes de grupos de 3^a Idade de diferentes bairros da cidade de João Pessoa. Pontua que os idosos marcam o envelhecimento como uma questão familiar, onde as relações influenciaram e foram influenciadas por outros aspectos ou dimensões da qualidade de vida.

Outro estudo, realizado em Portugal com 1.665 idosos, onde 311 revelaram-se incapazes de responder. Foi identificado um saldo positivo para a satisfação dos idosos em relação à qualidade de vida. Contudo, chama atenção os idosos acamados, totalmente dependentes e com diminuição cognitiva grave, estes demonstram uma avaliação negativa de sua qualidade de vida (PEREIRA et al, 2006). Este panorama mostra que a qualidade de vida está diretamente relacionada com a autonomia e independência para as atividades de vida diária

Este aspecto é reforçado pelo estudo de Toscano e Oliveira (2009) que avaliaram qualidade de vida em idosas através do instrumento SF-36 diante do nível de atividade física realizada, mensurada através do IPAQ (*International PhysicalActivity Questionnaire*), concluindo que a qualidade de vida de idosas com maior nível de atividade física é melhor. Resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo que compara qualidade de vida em idosos participantes de grupos de atividades físicas e não participantes. Concluindo que a participação em programa melhora a qualidade devida relacionado com a saúde (MOTA et al., 2006).

Ramos (2008) ao estudar diferentes variáveis relacionadas a idosos institucionalizados ou não, conclui que idoso institucionalizado tem qualidade de vida pior que os idosos não institucionalizados.

Em avaliação de idosos institucionalizados em Caxias do Sul-RS, Mincato e Freitas (2007) observaram que as mulheres apresentavam qualidade de vida e capacidade funcional menor que a dos homens, o que os autores atribuíram ao fato delas possuírem idade superior.

Contudo, Maués et al. (2010) observaram boa qualidade de vida em sua pesquisa que compara idosos jovens (60-70 anos) e muito idosos (85 anos ou mais) frequentadores de um ambulatório de especialidades. E a qualidade de vida não pareceu cair com a idade. O predomínio era o sexo feminino, sedentários, independentes para atividades básicas de vida diária, com média de oito comorbidades.

Assim, pode-se identificar certa relação entre a qualidade de vida e de capacidade funcional ou baixa de atividade física ou ainda, institucionalização ou distanciamento da família.

O CAMINHO PARA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA

De acordo com o diretor geral da OMS em 1999, para um país, “o envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico”. (OMS, 2005, p.8)

Ao avançar nas dimensões de estrutura pública, cultural e social para o envelhecimento pode trazer indicadores e alternativas para que os indivíduos envelheçam com saúde, independência e qualidade de vida.

No Brasil, em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, foram instituídas e regulamentadas políticas públicas como a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1996, a qual tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, pela Lei n 10741, que prevê as prioridades às normas de proteção aos direitos do idoso (MARZIALE, 2003).

Em 2006, o “Pacto pela Saúde”, na dimensão sobre o “Pacto em defesa da vida”, a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas. No mesmo ano, foi revista e estabelecida a Portaria 2528, que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência, em consonância com os princípios do SUS (Brasil, 2006).

Mesmo existindo dispositivos legais que garantam os direitos dos idosos a uma vida com qualidade, a implementação de uma política de saúde com enfoque na população idosa, embora necessária, representa um desafio no que tange a recursos disponíveis, sejam tecnológicos, materiais ou de preparo dos profissionais para lidar com as características do envelhecimento (LOUVISON; BARROS, 2009).

Em 2005 a Organização Mundial da Saúde lançou um caderno intitulado “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde” (OMS, 2005). Com o objetivo de dar informações para discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo.

Definem envelhecimento ativo como “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005). Marcando a ideia de um processo de continuo de cuidado do corpo e da mente, pelo indivíduo e sociedade durante sua vida, determinando um processo de envelhecimento com qualidade.

O caderno indica que quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, haverá muito provavelmente: menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos; menos deficiências associadas às doenças crônicas na Terceira Idade; mais pessoas com uma melhor qualidadede vida à medida que envelhecem; mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica (OMS, 2005).

As políticas públicas são um desafio para este processo, contido, a intervenção individual é o que mais incomoda e, em contra partida, resulta da acomodação dos indivíduos.

As indicações para viver mais e melhor são bastante divulgadas e implicam basicamente em mudanças no estilo de vida, incluindo: alimentação saudável/balanceada, exercícios físicos, muitas horas de sono, evitar estresse, atividade de laser, entre outras. (retirado a parte que o parecerista sugeriu)

Por outro lado, levando em consideração os idosos em condições desfavoráveis já instaladas como dependência total ou parcial, déficit cognitivo acentuado e idosos institucionalizados, deve-se ter em mente que o cuidador é a principal fonte de apoio para o enfrentamento da dependência imposta para melhora na qualidade de vida. (GUEDES et al., 2013, INOYE, 2008)

Por fim, pode se depreender que qualidade de vida no idoso, trata-se de uma condição multifatorial e com influências subjetivas, o que envolve grande complexidade na sua definição e consideração. Há a constatação de que fatores como idade mais avançada, ser do sexo feminino, ter baixa condição socioeconômica, viver em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e, principalmente, apresentar dependência de outros para as atividades de vida diária têm implicações importantes na qualidade de vida dessas pessoas.

No Brasil e em países com características semelhantes, ainda são muitos os avanços necessários para se obter um envelhecimento com qualidade. É preciso considerar que o preparo para o envelhimento deve iniciar na infância e permear todo o ciclo da vida, por meio de medidas educativas, com vistas à promoção da saúde, o que indica essencialmente a adoção de estilos de vida saudável. Ademais, é importante que as políticas públicas que garantem os direitos sociais e de atendimento às necessidades de saúde sejam implementadas.

Percorrer o caminho que leva à melhoria na qualidade de vida dos idosos é uma necessidade emergente e que se faz urgente, visto que, caso isso não ocorra, a vitória do envelhecimento populacional continuará sendo um fardo para a sociedade.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos do Brasil. *Textos para discussão*. dez. 1999. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0686.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev. Ter.*

Ocup. Univ. São Paulo, n.18, set/dez, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140ddxfdfxdxfdfzffrffzerfdf>>. Acesso em: 10 out. 2015

BOWLING, A. *Measuring Disease*. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1:43

BRASIL. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, 2010. 44p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.12). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.

CARBONI, R. M, REPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Rev. Eletr. de Enf.* v. 1, n. 9 p. 251-260, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7152>>. Acesso em: 10 out. 2015

CARVALHO, J. A. M, RODRIGUES-WONG, L. L. Transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Pública*. v. 3, n. 24, p. 597-605, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013>. Acesso em: 10 out. 2015.

DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de enfermagem: IDS-USP-MS*. Brasília, DF, 2001. 185 p.

ELIOPOULOS, C. A população que envelhece. In: _____. *Enfermagem Gerontológica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 29-38.

ENGLER, T. A. Marco conceptual de envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo e saudable. In: ENGLER, T.; PELÁEZ, M. (Ed.). *Mas vale por viejo*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. 2002; p. 3-22.

ENKIVIST, A. S. A; EKSTRÖM, H; ELMMSTAHI, S. Associations between functional ability and life satisfaction on teh oldest old: results from the longitudinal population study good aging in Skane. *Clin Interv Aging*; v. 7, p. 313-320, 2012.

FERNANDEZ M. G. M; SANTOS S. R. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. Achegas.net: *Rev Cienc Política*. mar/abr, 2007. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

FERREIRA, J. V. C. *Os muito idosos no Município de São Paulo*. 2007. Dissertação (mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-01022007-174148/pt-br.php>>. Acesso em: 10 set. 2015

FURTADO, L. F. V. et al. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. *Revista Kairós Gerontologia*; v. 15, n. 2. p. 55-69, 2012.

GOLDMAN, S. N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY L. et al. (Org). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossoais*. Rio de Janeiro: Setembro, p. 61-81, 2004.

GRIMLEY-EVANS, J. Quality if Life assessments and elderly people. In: HOPIKINS, A., Measures of Quality of Life and the uses to which such measures may be put. *Royal College of Physicians of London*, p. 107, 1992.

GU, D; ZENG, Y. Healthiness Of survival and quality of death among oldest old in China using fuzzy sets. *J. Aging Health*. v. 7, n. 24, p. 1091-1130, 2012.

GUEDES, D.V.; BARBOSA, A.J.G; MAGALHAES, N.C. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrebatos. *Aval. psicol.*, Itatiba , v. 12, n. 1, abr. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 nov. 2013.

INOYE, K. *Educação, qualidade de vida e Doença de Alzheimer*: visões de idosos e seus familiares. 2008.Dissertação (mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050*, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projicao.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

KEINERT, T. M. M, ROSA, T. E. C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. BIS, *BolInstSaúde*. n. 47, p. 4-8, 2009.

LAWTON, M. P. B. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. *Academic Press*, 1991.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LOUVISON, M. C. P; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. BIS, *BolInst Saúde*. v. 47, p. 9-15, 2009.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *RevLatinoamEnferm.* v. 6, n. 11, p. 701-706, 2003.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Significado do cuidado no idoso de mais de 80 anos ou mais. *Rev. Eletr. de Enf.* v. 2, n. 14, p. 240-247, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a03.htm>. Acesso em: 5 out. 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINCATO, P. C; FREITAS, C. L. R. *Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS.* RBCEH. V.4, n.1, 2007.

MOTA, J. et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista brasileira de educação física e esporte.* v. 20, n. 3, p. 219-225, 2006.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Soc Bras Clín Méd* n. 8, p. 405-410, 2010.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O. E; DIOGO, M. J. D. (Org). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

NUNES, L. M; PORTELLA, M. R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção em saúde. *Boletim da Saúde.* ano 2, n. 17, jul/dez, 2003. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1257/o-idoso-fragilizado-no-domicilio:-a-problematica-encontrada-na-atencao-basica-em-saude>>. Acesso em: 10 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . *Envelhecimento ativo: uma política de saúde;* World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60 p., 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores.* Washington, 3. ed. 2003.

PARAHYBA, M. I, SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* v. 11, p. 967-974, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO-NETTP, M. (Ed.), *Gerontologia.* São Paulo, Editora Atheneu. p. 313-323, 1996.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PIEDADE, K.E. Longevidade: os 15 conselhos que seu médico não vai dar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Boletim da Urologia. (BODAU). O novo e o possível: reflexões contemporâneas. Ano XXVIII, n. 3, Jul/Ago. p. 60-61. 2013.

RAMOS, L.J. *Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS.* 2008. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Algere, 2008.

SANTOS, M. A .B.; MATTOS, I. E. Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga – CE. *Epidemiol. Serv. Saúde.* v. 2, n. 20, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a08.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2015

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE . *Instituto Municipal de Urbanismo Perreira Passos.* 2006. 13 p.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc. Sci. Med,* v.46, p.1569-1585, 1998.

TOSCANO, J. J. O; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte,* Niterói, v. 15, n. 3, Jun, 2009 .

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 8, n. 3, set. 2005.

VERAS, R. P. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. *Cad Saúde Pública.* v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

CONCEPÇÕES DE UNIVERSITÁRIOS SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER

Dayse Cristina Pacheco

Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

INTRODUÇÃO

Diante do crescente envelhecimento populacional, programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais idealizados (FONSECA; BITTAR, 2014). Consequentemente exige-se um número maior de profissionais da saúde aptos a lidar com os desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais dos idosos e suas famílias (PIMENTA et. al. 2015). Para Fonseca et al. (2008) o envelhecimento populacional impõe uma organização do sistema de saúde, pois o indivíduo idoso exige cuidados que ainda são desafios aos profissionais desta área devido aos problemas específicos desta faixa etária. Com esse rápido processo de envelhecimento populacional, se faz urgente capacitar profissionais para lidar de modo adequado e eficiente com esta população. (SOARES, 2006).

Fonseca e Bittar (2014) apontam a necessidade de rever os conteúdos programáticos oferecidos nas universidades, a fim de oferecer aos profissionais conhecimentos e técnicas adequadas para atuar com essa população. O profissional deve ser muito além de executor de procedimentos, mas um atento observador da pessoa atendida, sua família e comunidade.

O profissional de saúde tem potencial para ser um transformador da realidade do idoso brasileiro (PIMENTA et. al. 2015).

Ferreira, Bansi e Paschoal (2014) realizaram um estudo descrevendo a assistência domiciliar (AD), o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo e a instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Em seu estudo os autores constataram que a demanda por cuidados institucionais tende a crescer, devido ao envelhecimento populacional e mudanças nos arranjos familiares. E novamente destaca-se a importância da qualidade da formação do profissional de saúde, para os autores os profissionais devem estar capacitados para ofertar cuidados de acordo com a demanda dos idosos e com o tipo de serviço proposto, principalmente para a população longeva e frágil, usuária dos serviços revisados (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

Segundo Araújo e Barbosa (2010), 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira por ano, destes a maior parte apresenta doenças crônicas e alguns apresentam limitações funcionais. Entre as mais frequentes doenças crônico-degenerativas está a doença de Alzheimer, que é a demência mais prevalente em idosos.

A doença de Alzheimer é responsável por cerca de 56% do número total de casos de demências, afeta em média 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos (INOUE; PEDRAZZANI e PAVARINI, 2010). A doença compromete sobremaneira a integridade física, mental e social do idoso, acarretando uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos (LUZARDO; GORINI e SILVA, 2006).

De acordo com Correa e Silva (2009) em indivíduos com doença de Alzheimer existe uma ruptura da essência ocupacional devido aos sintomas trazidos pela mesma.

Apresentam-se diversos déficits nas áreas de desempenho, componentes de desempenho e contextos de desempenho; respectivamente: as áreas de desempenho são vastas categorias de atividade humana, que tipicamente fazem parte do cotidiano (atividades de vida diária, atividades de trabalho e produtivas, e atividades de lazer ou de diversão). Os componentes de desempenho são capacidades humanas fundamentais que

são imprescindíveis para um bom engajamento nas áreas de desempenho. Esses componentes estão divididos em: habilidades psicossociais, integração cognitiva e componentes cognitivos, sensório-motor e componente psicológicos. Por último, os contextos de desempenho se referem a aspectos temporais e ambientais.

Falcão e Bucher-Maluschke (2009) apontam que a sobrevivência de idosos demenciados fica na dependência de um ou mais sujeitos que supram as suas limitações para a realização das atividades de vida diária.

No contexto brasileiro atual, existem poucos serviços públicos domiciliares especializados para apoiar as necessidades rotineiras de um idoso que acabam recebendo quase única e exclusivamente o suporte que seus familiares lhes oferecem (INOUYE et al., 2010). Sendo assim, faz-se necessária uma visão biopsicossocial por parte dos profissionais no atendimento ao idoso com a doença de Alzheimer, lembrando que serão esses os profissionais que manterão contato direto com os cuidadores desses idosos, pessoas essas que necessitam de muitas informações e apoio para realizarem os cuidados necessários.

OBJETIVOS

Em relação à concepção da doença de Alzheimer pelos estudantes e significados atribuídos à patologia, cita-se Moscovici (2007), onde nos aponta que as representações sociais são formas de recriar a realidade, são simbólicas e possuem tantos elementos perceptuais quanto cognitivos.

O essencial nas representações sociais é que elas, na concepção de Moscovici (2007, p. 40):

[...] se tornam capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. É dessa maneira que elas são criadas, internamente, mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra como o fator determinante, dentro do pensamento individual. Tais representações aparecem, pois, para nós, quase como que objetos materiais, pois eles são o produto de nossas ações e comunicações. [...].

Estudos realizados sobre as concepções de profissionais que atuam diretamente com idosos demenciados e suas famílias, podem contribuir para a implementação de políticas públicas, melhorias nos serviços já existentes e capacitação profissional.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada entre os anos de 2011 e 2012, como trabalho de conclusão de curso, devidamente enviada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade sob o parecer 0292/2011. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra selecionada para a pesquisa contou com 101 alunos dos cursos da área da saúde da UNESP - Marília, representando os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Participaram da pesquisa alunos dos quartos (4º) anos de graduação dos referidos cursos, possibilitando assim observar como é construída a visão da doença de Alzheimer pelo profissional durante seus anos de formação. A idade média dos participantes foi 20,6 onde o mais novo tinha a idade de 18 anos e o mais velho 29 anos. Representados por 91 mulheres (90%) e 10 homens (10%).

O questionário aplicado aos alunos foi composto por 14 perguntas. Foi solicitando inicialmente que o participante descrevesse qualquer conhecimento sobre a doença de Alzheimer. Informar se existe cura para a doença; quais tratamentos podem ser utilizados; o que pode ser notado no início da doença e qual idade é provável o início. Deveria informar também se conheceu alguma pessoa com a doença de Alzheimer; se considera o cuidado com idosos dependentes difícil, em caso afirmativo, em quais ocasiões acredita haver essa dificuldade; enumerar em uma lista quais seriam os prováveis cuidadores desse paciente (profissionais, mães ou avós, filhas ou esposas, filhos ou maridos). Responder se acredita que a sociedade mostra preconceito em relação a pessoas com demência, em caso afirmativo, em quais atitudes seria possível observar esse comportamento. Informar se acredita que as pessoas, em geral, conhecem a doença. Em caso negativo, sugerir formas de melhorar essa conscientização, e mencionar quais vantagens seriam advindas desse conhecimento.

Todas as respostas foram transcritas em fichas, e categorizadas, com o objetivo de realizar uma análise temática, a qual consiste segundo Bardin (2010, p.131) [...] “em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” As questões fechadas foram categorizadas e realizou-se a freqüência das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pergunta inicial buscou elencar as primeiras características ligadas a doença de Alzheimer que os alunos conseguissem relacionar espontaneamente. De forma geral apresentou-se como característica mais conhecida sobre a doença de Alzheimer o prejuízo à memória, sendo citada por 75 alunos (74,2%). Como segunda característica mais citada, doença neurodegenerativa foi apontada por 65 discentes (60%).

A desestrutura familiar foi mencionada por 3 alunos (2,9%) sendo 2 representantes do curso de terapia ocupacional e um do curso de fisioterapia. No curso de terapia ocupacional ainda foi elencado como característica da doença a dependência (2,9%) e as dificuldades em realizar as atividades de vida diária (3,9%), fatores esses que envolvem diretamente a família. A família é parte fundamental no tratamento da doença, Larramendi e Canga-Armayor (2011) apontam que é importante conhecer as necessidades do cuidador familiar, afirmando que o Alzheimer é uma doença de toda a família, pois a angústia permanente de presenciar a deterioração lenta de um ser querido, afeta a todos por igual.

Cuidar de idosos dependentes, especialmente aqueles que apresentam demência, não é tarefa fácil e como geralmente recai sobre os membros mais próximos da família, acabam estes de certa forma, sobrecarregados em relação aos demais. (GARCES et.al. 2012). Cabe ao profissional que acompanha o idoso, estar atento também a essa sobrecarga que gera mal-estar, problemas físicos e emocionais ao cuidador familiar.

Tabela 1 – Distribuição bivariada do conhecimento de indivíduos com doença de Alzheimer segundo a matrícula dos respondentes nas séries iniciais (1º/2º anos) e finais (3º/4º anos) dos cursos da área de saúde, numa instituição de ensino superior do município de Marília, São Paulo no ano de 2011.

| Ano | Frequência | (P0) Conhece alguém com DA | | Total |
|------------|--------------|----------------------------|--------|--------|
| | | Não | Sim | |
| 1º/2º anos | n | 31 | 26 | 57 |
| | % dentro Ano | 54,4% | 45,6% | 100,0% |
| | % dentro DA | 68,9% | 46,4% | 56,4% |
| 3º/4º anos | n | 14 | 30 | 44 |
| | % dentro Ano | 31,8% | 68,2% | 100,0% |
| | % dentro DA | 31,1% | 53,6% | 43,6% |
| Total | n | 45 | 56 | 101 |
| | % dentro Ano | 44,6% | 55,4% | 100,0% |
| | % dentro DA | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Teste do qui-quadrado: $\chi^2 = 5,12$; g1=1; p=0,024

Questionados se tiveram algum contato com um idoso com doença de Alzheimer, 44,6% de alunos dos cursos da saúde responderam que não têm conhecimento de indivíduos com a doença de Alzheimer, enquanto 55,4% declaram conhecer.

O resultado do teste do qui-quadrado no estudo da associação entre ano do curso e conhecimento de indivíduos com doença de Alzheimer foi significante ($p=0,024$), permitindo afirmar que os alunos das séries finais (3º e 4º anos), 53,6%, têm maior conhecimento de indivíduos que apresentam a doença de Alzheimer do que o esperado na amostra (43,6%) ao passo que os alunos das séries iniciais (1º e 2º anos), em número de 46,4%, apresentaram conhecimento de indivíduos com doença de Alzheimer em menor proporção do que o esperado (56,4%).

Quanto ao desconhecimento de indivíduos acometidos pela doença, a grande maioria dos alunos (68,9%), está cursando as séries iniciais (1º e 2º anos); nas séries finais (3º e 4º anos) observou-se 31,1% dos alunos.

Este resultado possivelmente se deva ao maior conhecimento da doença pelos alunos dos últimos anos, associado ao maior contato com a população portadora desta patologia devido aos estágios.

A incidência da doença de Alzheimer no mundo gira em torno de 1 a 1,5% das pessoas entre 60 e 65 anos, e em 45% após os 95 anos (FALCÃO e BUCHER-MALUSCHKE, 2009). Garces et.al. (2012) apontam a prevalência da doença em 10% da população com mais de 65 anos, sendo que aos 85 anos ou mais esta taxa sobe para 47,2%. Estes dados vêm ao encontro dos resultados obtidos na pesquisa, mostrando que 82,2% dos estudantes apontam que a doença de Alzheimer tem início após os 60 anos, apenas 14,9% responderam que a doença inicia-se antes dos 60 anos e 3% não responderam a questão.

Questionados sobre os sinais e sintomas da doença a grande maioria, 96%, apontou como principais sinais da doença às perdas cognitivas (memória, atenção, raciocínio e percepção). Além de apontar déficits cognitivos, 3% dos alunos relacionaram a doença a perdas musculares e de equilíbrio, e 1% consideraram as perdas iniciais causadas pela doença apenas quanto às perdas motoras.

O resultado mostrado é satisfatório, sendo que 99% dos alunos relacionaram perdas em algum aspecto cognitivo, o que corrobora com os dados de Santos (2011), que relata a ocorrência da perda de memória acompanhada de sintomas como ansiedade e depressão no início da doença. Além de comprometer a memória, a doença de Alzheimer afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária (CARAMELLI e BARBOSA, 2002 apud LUZARDO; GORINI e SILVA, 2006).

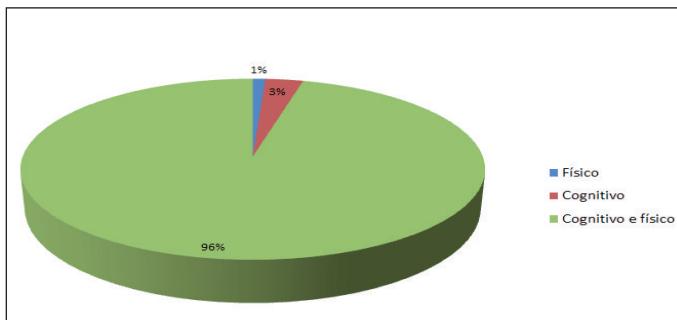


Grafico1 – Sinais típicos da doença da Alzheimer apontados por alunos da graduação.

Embora a Doença de Alzheimer seja uma doença progressiva e incurável, muito já se avançou em benefício e melhoria da qualidade de vida dos portadores e cuidadores, com medicações que melhoram a cognição e diminuem as alterações comportamentais durante seu uso, além da criação de bons instrumentos de avaliação e de critérios diagnósticos mais claros (POLTRONIERE; CECCHETTO e SOUZA, 2011). Como exemplificado por Santos (2011), diagnosticando a doença com auxílio de avaliação cognitiva e comportamental através de testes neuropsicológicos.

Quando questionados sobre a cura, foi unânime a resposta, “não existe cura”. Sabe-se que a doença de Alzheimer é neurodegenerativa, progressiva e irreversível com causa e tratamento ainda não esclarecidos totalmente (LUZARDO; GORINI e SILVA, 2006; SANTOS 2011).

Os alunos deveriam apontar se conheciam algum tipo de tratamento para a doença de Alzheimer; 23,8% dos alunos identificaram o tratamento medicamentoso como a única forma de tratamento para a doença, enquanto 10,9% indicaram os tratamentos terapêuticos como exercícios de lógica, jogos, atividades para a memória e exercícios físicos.

A relação do tratamento medicamentoso com o tratamento terapêutico foi feita por 49,5% dos estudantes, mencionando atividades de vida diária trabalhadas durante sessões de terapia ocupacional, ganho de força e amplitude de movimento em atendimentos de fisioterapia, bem como o apoio durante os atendimentos à família do paciente.

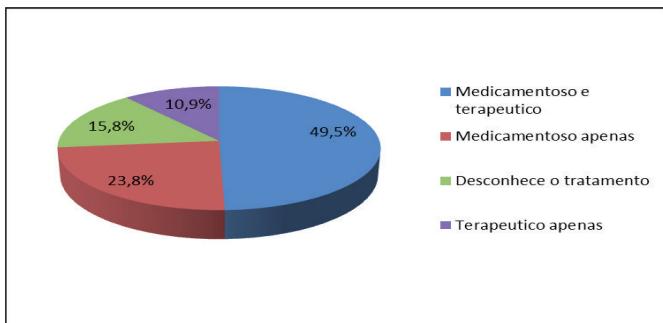


Gráfico 2 - Tipos de tratamentos para a doença de Alzheimer reconhecidos pelos alunos de uma universidade de Marília.

De acordo com dados estudados por Santos (2011) não existe nenhum tratamento definitivo para a doença de Alzheimer. Contudo, a correlação linear entre os vários estágios da doença e o volume da estrutura cerebral sugere que com intervenção terapêutica é possível impedir o progresso da patologia (RAUK, 2009; SILVESTRELLI et al., 2006 apud SANTOS 2011).

Quanto ao tratamento não farmacológico, Engelhardt et al. (2005) apontam que a reabilitação cognitiva pode estabilizar o quadro quando a doença encontra-se com o estágio de gravidade leve ou moderado, sendo que a sua associação à medicação que visa melhorar a cognição (inibidores das colinesterases) poderia levar a melhores resultados.

Estes idosos têm como cuidadores primários, em grande parte dos casos, suas esposas ou filhas, em recente pesquisa realizada por Gratão et al. (2013), os autores entrevistaram cuidadores de idosos dependentes, sendo 86,4% de sua amostra constituída por mulheres. Falcão e Bucher-Maluschke (2009) apontam que esses laços de cuidado estão relacionados à proximidade emocional, física, condições financeiras e personalidade dos indivíduos, sendo a mulher normalmente envolvida neste papel.

Como principal cuidador, os alunos deveriam apontar uma das seguintes categorias: Profissionais, mães ou avós, esposa ou filha, esposo ou filho. Dos entrevistados 2% não responderam a pergunta, 63,4% responderam que os principais cuidadores são esposas e filhas, indo ao encontro dos dados encontrados na literatura. Outros 15,8% apontaram profissionais como principais cuidadores e 12,9% marido ou filhos. Devido a do-

enza atingir principalmente idosos, raros são os casos em que a mãe do paciente com doença de Alzheimer não é falecida, apesar do conhecimento por parte dos alunos de ser uma doença que atinge a população idosa 5,9% respondeu que o principal cuidador é a mãe ou avó do idoso.

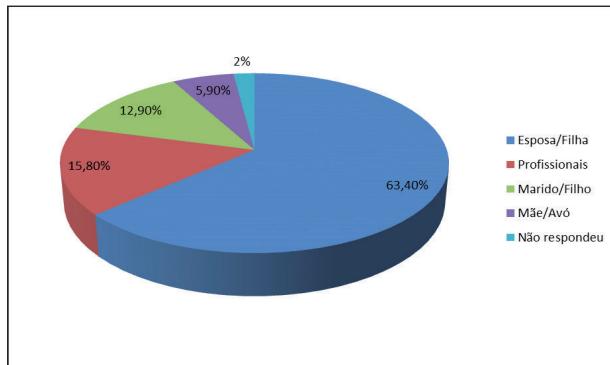


Grafico 3 – Principais cuidadores de idosos com Alzheimer apontados por alunos de graduação.

O trabalho de cuidar de um idoso dependente foi considerado de difícil realização por 84,2% dos alunos. Muitos fatores podem levar a sobrecarga do cuidador, como a falta de preparo para assumir essa tarefa, o desgaste físico e emocional por se tratar de uma doença degenerativa, que fatalmente levará a morte do indivíduo. Estudos relatam a importância de desenvolver trabalhos específicos de prevenção, orientação e até o tratamento dos cuidadores informais. (GRATÃO et al. 2013). Dos entrevistados, 14,9% , não consideram a tarefa do cuidador penosa e 1% não respondeu a pergunta.

Aos alunos que acreditam que o cuidar é de difícil realização, foi solicitado que descrevessem qual seria a maior dificuldade, 54,5% apontaram aspectos da própria doença de Alzheimer como dificuldade primordial para o cuidador, 13,9% mencionaram fatores relacionados a desgaste emocional e financeiro. Outros fatores mencionados foram: a relação com a família e a falta de informação.

Apesar de apenas um (1) aluno mencionar espontaneamente o desconhecimento da doença por parte da população, quando foram inda-

gados se as pessoas, de modo geral, têm conhecimento da doença, 78,2% responderam negativamente; 21,8% acreditam que a população conheça a doença.

Como estratégias para promover o conhecimento da doença de Alzheimer, palestras, campanhas, divulgação de informações através de televisão e rádio foram sugeridos pelos entrevistados.

A divulgação de informações básicas sobre a doença poderá contribuir de forma significativa não apenas para auxiliar os cuidadores e familiares, mas também para diminuir a estigmatização e o preconceito que esse idoso sofre, tornando a comunidade participativa e facilitadora da inclusão do indivíduo.

Estudos acerca da concepção da população, conhecimento e preconceito em relação ao idoso com doença degenerativa são escassos; 73,3% dos alunos acreditam que o idoso demenciado sofre preconceito da sociedade, 25,7 acham que não há preconceito e 1% não respondeu. O abandono e os maus tratos foram as principais indicações de como ocorre essa discriminação (31,7%), a estigmatização do idoso (19,8%), entre outros (15,8%), 32,7% dos participantes não souberam responder.

As diversas formas de promover o conhecimento de doenças que acometem os idosos, em especial as demências se fazem indispensáveis para a população de forma geral, as famílias e principalmente para os profissionais que devem estar aptos a intervir com o idoso e orientar suas respectivas famílias.

Os alunos acreditam que a sociedade pode se beneficiar das informações para melhorar os cuidados com o idoso (53,5%), alguns (20,8%) acrescentam que estas pessoas podem identificar precocemente sinais da doença, promovendo diagnóstico e tratamento logo no início da doença. Outros (19,8%) mencionaram que com o conhecimento é possível fazer o diagnóstico precoce devido a percepção dos familiares ou o próprio reconhecimento dos sinais e sintomas pela pessoa com a doença, que poderá relatar ao médico; 5,9% não responderam a questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados da pesquisa comparados aos dados encontrados na literatura é possível afirmar que estes alunos durante os anos de graduação ampliaram seus conhecimentos a respeito da doença de Alzheimer, possibilitando uma atuação com melhor qualidade.

Os alunos se apropriaram de conhecimentos a cerca das principais áreas acometidas pela doença, possibilitando condições para que seja elaborado um plano de tratamento adequado às principais necessidades dessa população, ou encaminhando para o profissional que melhor atender a demanda particular de cada paciente.

Mesmo observando o maior conhecimento sobre os sinais da doença, foi verificado que o aluno que em breve se tornará um profissional formado, ainda apresenta dificuldade em relacionar a doença com o ônus do cuidador e da família, a dependência, e a necessidade de suporte social e psicológico a estes.

Quanto ao tratamento da doença de Alzheimer a maioria demonstrou saber que se deve realizar o tratamento medicamentoso em conjunto com o terapêutico, para possibilitar um melhor prognóstico, retardando o avanço da doença.

Este estudo pode contribuir para que se faça uma reflexão a respeito dos cursos da área da saúde e a importância de que em sua formação, os acadêmicos possam receber conhecimentos não somente sobre a doença de Alzheimer, mas também de outras demências, visto que o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo é uma realidade sem retrocessos, a cada ano a expectativa de vida se torna mais longa.

Em vista disso destaca-se também a importância dos estágios, como demonstrado na pesquisa onde foi evidenciado que os acadêmicos que já haviam realizado estágios tinham melhor conhecimento prático no que se refere à identificação de idosos com a doença de Alzheimer, bem como as terapêuticas adotadas. Estes profissionais devem em sua atuação estar preparados para suprir as demandas do paciente, orientar sua família, incluir de maneira efetiva o sujeito em sua comunidade, conhecendo os direitos do idoso e as políticas públicas existentes para dar suporte.

Sugere-se que mais estudos sobre as concepções de estudantes da área da saúde sobre a doença de Alzheimer sejam realizados para que possam também contribuir para a implementação de políticas públicas, principalmente no que concerne à formação e à capacitação de pessoal.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 819-824, dez. 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.
- CORREA, S. E. S.; SILVA, D. B. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2009 . Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2013.
- ENGELHARDT, E. et al. Tratamento da Doença de Alzheimer - Recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 1104-1112, jul. 2005.
- FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.14, n. 4, p. 777-786, dez. 2009.
- FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; Paschoal, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014.
- FONSECA, L. M. S.; BITTAR, C. M. L. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, maio/ago. 2014.
- FONSECA, R.P. et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1275-1284, ago. 2008.
- GARCES, S. B. B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

INOUYE, K. et al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1093-1099, dez. 2010.

LARRAMENDI, N. E.; CANGA-ARMAYOR, A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, Madrid, v. 22, n. 2, jun. 2011.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P.C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, dez. 2006.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 32, n. 2, p. 270-278, jun. 2011.

SANTOS, F. M. C. S. *A doença de Alzheimer: importância dos metais na neuropatologia da doença*. 2011. 98f. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2011.

SOARES, E. Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0302.>>. Acesso em: 26 set. 2012.

NA TRAMA DOS DRAMAS DA SEPARAÇÃO AMOROSA

Maria Alves de Toledo Bruns

Considero que tanto na procura da satisfação de um desejo sexual cuja chama pode até vir a se apagar no instante de um encontro passageiro (o *ficar*) quanto no anseio de uma relação duradoura que alicerce sonhos e fantasias de vínculos e trocas eróticas capazes de superar a enfadonha rotina vivida pelo casal Eros não mede esforços e corre riscos lançando-se na busca de sua realização.

Audacioso, Eros desafia as interdições morais e religiosas e se alimenta de fantasias cujas realizações só a tão sonhada completude pode possibilitar: sincronicidade que abarca a um só tempo cumplicidade, erotismo, companheirismo, compreensão, abnegação, tolerância e muita criatividade.

Tudo isso na dose certa, como se assim fosse possível.

Todavia, sonhos são sonhos. E quem de nós, seres mortais, não sonhou com o extraordinário encontro amoroso com aquele(a), com quem se estaria tão sincronizado(a) que se permitiria mergulhar com intensidade nas profundezas do eu e transitar com ele(a) a trilha da total intimidade que só o prazer erótico é capaz de possibilitar?

Nessa busca, Eros se revela incansável! Como nos dizeres de Barthes (2003, p.11), *encontro em minha vida milhares de corpos; desses milhares posso desejar centenas; mas dessas centenas, amo apenas um. O outro de que estou enamorado me designa a especialidade de meu desejo.*

Às vezes, esse amor chega de mansinho e vai se alojando, outras vezes chega de improviso e, sem pedir licença, surge já instalado. É Eros que se lança e, não raro, dissimuladamente trafega por sinuosos caminhos. Alguns de difícil acesso, exigindo-lhe cuidado, ousadia e até disfarce, a exemplo da bissexualidade, da travestilidade episódica vivida por alguma mulher e algum homem casados, isto sem falarmos de suas pegadas, que podem provocar desentendimentos, angústias e sofrimentos vivenciados nos momentos de separação e perda, ou de delírio, êxtase, alegria e plenitude nos momentos de apaixonamento.

A flexibilidade e pluralidade de Eros no anseio de sua realização constituem-se em sua dinâmica, seu movimento. Para a mitologia grega, Eros é o deus do amor, da vida e do movimento. É vida e alegria. É o princípio de ação, símbolo do desejo; é, enfim, a libido. É a magia da vida materializada. (BRUNS, 2010 p.14)

Magia que pode nos colocar diante de situações dolorosas, especialmente quanto à *chegada, permanência e partida* de Eros. *Isto porque às vezes ele chega quando não esperamos e outras parte quando ainda clamamos por sua permanência. Algumas vezes, parte deixando a impressão de que se foi tarde.* (BRUNS, 2001 p.10)

Nesse descompasso entre a *chegada, permanência e partida* de Eros, os sonhos e fantasias de amor duradouro, são solapados pelos tornados que nos desestabilizam e nos arremessam de encontro à crua realidade de que a estabilidade e a segurança tão apregoadas e almejadas por homens e mulheres habitam tão somente o universo das idealizações.

É esse descompasso que se constata de modo geral nos relacionamentos quando um dos dois se encontra pronto para a partida e o outro não se deu conta das evidências, desses sinais de partida. E se os percebeu, ainda assim, precisa de tempo para digerir a perda do(a) amado(a). É que o seu tempo de partida ainda está para chegar.

Nesse desencontro, a realidade da experiência amorosa registra momentos de sofrimento e até de desespero. Para alguns homens e mulheres, a perda do objeto amado é tão intensa que eles(as) não conseguem abrir espaço para novos amores. Outros(as) abrem espaço, casam, têm filhos, mas o(a) eleito(a) amado(a) do passado continua, tal como um vulcão, a jorrar suas lavras incessantemente ao longo de toda a sua existência. Haja vista o sucesso das redes sociais como meio de busca desses amores. Outros(as), ainda, por não suportarem a perda, se alucinam e matam literalmente o(a) amado(a).

A dor da perda da pessoa amada é explicitada por Nasio (1997, p. 25) como sendo *uma lesão do laço íntimo com o outro, uma dissociação brutal daquilo que é naturalmente chamado a viver junto.*

Afinal, a ruptura na relação amorosa acentua a carência – o vazio ontológico que impulsiona a pessoa a buscar satisfação. Da perspectiva psicanalítica, carência é um polo organizador do desejo: só há desejo onde há falta. Por outro lado, o êxtase vivido pelos parceiros imprime a sensação da idealizada sincronia de modo a “preencher temporariamente” o vazio, a carência existencial.

Nessa trama, os dramas se constroem. Resguardadas as exceções, o(a) ciumento(a), imbuído(a) de um excesso de sentimento de posse do outro diante da ruptura dessa “idealizada sincronia” que se manifesta na fantasia de ser o(a) eleito(a) para possuir o(a) parceiro(a), ou seja, de ter encontrado sua outra metade, sua alma gêmea, com quem poderá ser feliz para sempre entra em desequilíbrio. Essa alma gêmea é o arquétipo cultural ainda presente nas idealizadas representações amorosas até hoje.

Nesse grau de desequilíbrio, o(a) ciumento(a) se alucina, enlouquece. Rompe a homeostase de seu sistema psíquico o qual, no caos, comete as mais variadas barbáries.

O “sentimento de posse” tem o poder de desestruturar, desarmonzizar a integridade da própria imagem narcísica e da autocritica, afetando assim a lucidez, a capacidade de raciocinar para acionar o autocontrole emocional. A mídia e a literatura registram diariamente crimes inimagináveis que são praticados por homens e mulheres das mais variadas classes sociais, graus de escolaridade, credos e orientações sexuais.

Para Nasio (1977, p. 189)

O ciúme é a reação a uma suposta perda do amor que o meu amado desvia de mim para um rival. O ciúme é um complexo afetivo que conjuga: a dor de ter perdido o amor do amado, a ter perdido a integridade da minha imagem narcísica, o ódio contra o rival preferido, e enfim a autoacusação contra o eu que não soube defender o seu lugar no vínculo amoroso.

Como nos protegermos dessas tramas? Difícil resposta. Mas é preciso ficar atento(a). Primeiro, eliminar, se possível, as idealizações e as projeções que nublam nosso modo de ver o outro e não deixar passar despercebidas posturas exageradas de dominação, de desconfiança; as proibições impostas por ele(a) em relação às amizades, entre outras.

Considerando a dinâmica intrafamiliar de alguns casais – independente da orientação afetivo sexual –, vemos que, com o passar dos anos de convivência, se manifesta a desqualificação por cada um dos pares dos atributos do(a) eleito(a) apreciados antes de assumirem a relação estável.

Para Bruns (2013) apelidos pejorativos referentes tanto aos aspectos físicos quantos aos psicológicos e os tais “pontos fracos” evidenciam o bullying familiar como fonte propiciadora de insegurança, baixa autoestima, estresse, intolerância e agressão física.

A violência psicológica entre cônjuges contribui para a manutenção de uma relação de total desqualificação do outro e para a formação de um laço perverso caracterizado por um movimento recíproco no sentido do domínio do parceiro, com condições e exigências que submetem a ambos. (LEVY; GOMES, 2008)

Nessa trama, os nós perversos asseguram a frágil estabilidade da vivência paradoxal do prazer e da dor de uma relação doentia aprisionada a atos de violência física, psíquica e emocional. Mesmo em tempos de amores líquidos, efêmeros, essas relações continuam “sólidas” no decorrer de 10, de 20, de até 30 anos. Unidos pelas dores, homens e mulheres encontram os sentidos para permanecerem juntos.

Que amores são esses que permanecem, assim como uma “impressão digital”, invisíveis a olho nu, contudo, marcas límpidas, gravadas

em nossas memórias? Com que trama é tecida esse tipo de laço amoroso? O que faz esse amor ser tão especial?

Os fragmentos de relatos abaixo são reveladores da singularidade e da significância atribuídas à experiência amorosa, vivida por três homens¹.

Apolo, 55 anos, profissional liberal, casado há vinte e sete anos, três filhos, relata:

Quando eu a conheci, eu era noivo e ela também. Rompemos com esses compromissos e confesso vivi com essa mulher, que na época era uma jovem universitária, o que considero hoje, após 30 anos, os melhores momentos de minha vida. Nossa afinidade era total, ela sabia me ouvir, carinhosa, inteligente e éramos muito iguais. Foi fulminante nosso encontro. Antes dela, eu tive outros amores... e tenho até hoje, mas não consigo esquecê-la, esse é o meu segredo. Às vezes, quando ouço uma música, ou simplesmente um andar ou um gesto de uma outra mulher, desencadeiam lembranças e saudades de um tempo em que fui muito feliz. Separamos porque eu não tive coragem para assumir uma mulher independente. Ela era independente demais e eu tive medo, nessa época eu tinha 25 anos. Fui influenciado pela minha mãe que dizia: ‘Essa moça é livre demais, ela não será uma boa esposa’. Segui esse conselho e voltei com a ex-noiva, me casei, tive filhos. Segui o curso da vida. Hoje estou velho e avalio o quanto construí uma vida sem afeto e tesão. E sempre me pergunto: Para que serve a riqueza que adquiri em todos esses anos se não sinto alegria?

É tão sorrateiro o amor que, às vezes, basta o som de uma música ou um simples gesto para desencadear a lembrança, a saudade de momentos que foram vividos de um modo especial, incomum, extraordinário. (BRUNS, 2001 p. 10)

¹ Diante do sucesso da busca de amores vividos nas redes virtuais, realizadas por homens e mulheres independentes da classe social, idade, graus de escolaridade, orientação afetiva sexual, decidi focar minha atenção nas seguintes questões: Com que trama é tecida esse tipo de laço amoroso? O que faz esse amor ser tão especial?

Buscando responder essas indagações entrei em contato com amigos e amigas e convidei-os a relatarem suas histórias de amor. Utilizando essa questão: Na sua história de vida, você teve uma experiência amorosa que continua ressoando no presente? Relate-me como foi e como tem sido conviver com essa experiência amorosa no decorrer de sua vida. Para minha surpresa, esses amigos(as) foram comentado para outros amigos(as) e hoje eu tenho mais de 80 histórias de amores vividos por homens e mulheres que permanece como uma “impressão digital”, invisíveis a olho nu, contudo, marcas límpidas, gravadas nas memórias? Desse montante usei neste Capítulo três relatos de homens para elucidar a compreensão desse “sólidos” amores em tempos de amores “líquidos e efêmeros”. E a escolha dos relatos de três homens deve-se ao arquétipo cultural de que os homens transitam por vários amores de modo a não se permitirem vínculos duradouros. Neste Capítulo, o foco recai em amores heteroeróticos. Mas tenho nesses 80 relatos as outras expressões de orientações afetivo-sexuais que comporão outros capítulos de livros.

Todavia, relações consideradas à margem das normas sociais vigente, mesmo em tempo de liberdade sexual, eram e são ainda consideradas por muitas famílias uma ameaça à ideologia da família nuclear patriarcal. Haja vista os preconceitos até hoje explicitados com relação às uniões homoeróticas e até heteroeróticas quando o homem é mais novo que a mulher. A mulher ser mais velha que o homem é um estigma veiculado e internalizado pela “ideologia das normalidades” que se encarrega de denegrir a união com piadas pejorativas de modo que o casal não resista e se separe.

Como nos dizeres de Caruso (1982, p. 148), (...) *nenhum membro da sociedade pode escapar da ideologia muito menos os amantes. O estigma do princípio de morte – presente num sistema social de dominação que aumenta o nível de entropia da sociedade – transfere-se daí para uma entropia negativa do prazer.*

Nesse sentido, romper com o aprisionamento ao modelo ideológico demanda que o sujeito conscientize-se das artimanhas inconscientes e das tramas subliminares que foram internalizadas e que servem de suporte, de modelo, e ressoam em nossos atos e atitudes. Romper essas tramas é um processo difícil que exige do sujeito uma estrutura psíquica resistente aos ataques e manipulações familiares, sociais e culturais. Sucumbir a elas é mais fácil.

No entanto, organizações a favor das diversidades sexuais vêm abrindo brechas e favorecendo a visibilidade pública dos chamados “amores improváveis que deem certo” – dentre muitos, os mais comuns são os amores homoeróticos; amores na velhice; amores entre um(a) negro(a) e um(a) branco(a); e até os amores entre sujeitos de crenças religiosas hiper diferentes.

Conscientizarmo-nos de que nossas escolhas amorosas estão ancoradas em modelos ideológicos e que correm o risco de serem inautênticas é um processo longo que muitos desistem de perscrutar sua origem, até mesmo com o auxílio de alguns terapeutas.

Dessa perspectiva, “Moça livre, estudante que morava em república” representava uma ameaça ao projeto familiar apregoado pela mãe do jovem promissor profissional liberal. Mais fácil foi desistir e casar com a escolha materna e passar longos anos numa “relação provável que daria certo”.

E o que é dar certo? Pela *entropia negativa do prazer*, “dar certo” é atender à *ideologia vigente dominada pelo estigma da dor e da morte*, conforme nos diz Caruso (1982, p. 148) e ilustra Apolo quando externaliza: *Hoje estou velho e avalio o quanto construí uma vida sem afeto e tesão. E sempre me pergunto: ‘Para que serve a riqueza que adquiri em todos esses anos se não sinto alegria?’*.

Dionísio, 45 anos, militar, viúvo há quatorze anos. Após dois anos de viudez iniciou um relacionamento com uma executiva de 50 anos, divorciada, que durou cinco anos.

Nossa separação ocorreu há três anos, mas guardo comigo até hoje a mensagem enviada a ela com a esperança de reconciliação: “Meu amor, estou sofrendo muito com nossa separação. Amo-te demais, estou morto de saudades de você. Sinto falta do seu cheiro e de seu corpo. Por favor, dê-me uma chance mesmo que seja a última, prometo não decepcioná-la nunca mais. Pense nos nossos momentos felizes. Preciso de você. Te amo do fundo do meu coração, por favor, atenda a este apelo. Um enorme e saudoso beijo”. O tempo passou e ela não me respondeu, mas eu sinto muita falta dessa mulher, ela é a fiel companheira de minha solidão.

Ao revisitar sua vivência amorosa com a executiva que se manteve em silêncio por três anos, Dionísio sofre pelo desinvestimento da representação psíquica da amada. Como nos dizeres de Nasio (1997, p. 31), *o que dói, não é perder o ser amado, mas continuar a amá-lo mais do nunca, mesmo sabendo-o irremediavelmente perdido*.

Hercules, 53 anos, empresário, separado, três filhas, relata:

Após prestarmos o vestibular, tivemos que seguir nossas escolhas profissionais, e ela foi estudar a mais de três mil km da minha universidade. Fui visitá-la muitas vezes, mas fui definhando... Sentia tanta falta dela que fiquei doente por sua ausência... Éramos um inteiro, estudávamos juntos, passeávamos e fazíamos planos para continuarmos nossas vidas. Lembro-me que sofremos muito, muito mesmo, na despedida. Casei com outra mulher, tive filhos, me separei e continuei amando-a. Sabe que há uns dez anos atrás eu não resisti, utilizei todos os meios e consegui entrar em contato com ela. Telefonei e ao ouvir sua voz, não acreditava que era verdade. Pensei: “Estou sonhando!” Marcamos um encontro e passamos um final de semana juntos. Foi como se o tempo não tivesse passado. Revivemos tudo e retomamos o curso do tempo, com suas ciladas. Ela é uma famosa profissional, casou, é mãe. Pensamos em retomarmos a nossa história, mas na nossa história tem muitas outras histórias – filhos, esposa, marido, trabalho, tra-

balho. Mexer nisso tudo? Como mudar tudo? Chegamos à conclusão que seria impossível. Passados mais três anos ela me ligou propondo um novo encontro... Mas os compromissos profissionais naquele dia impediram-me de ir ao seu encontro. Sofri muito, mas como sair de uma hora para outra? Meu trabalho exige planejamento para eu poder ausentar-me. Depois dessa tentativa, mantemos o silêncio. Sei que sou para ela o que ela é para mim. [Mais um silêncio... interrompe o diálogo interno e, com os olhos marejados de lágrimas, pede para a entrevistadora lhe responder] Por que esse amor se mantém no decorrer de todo esse tempo? Por que esse amor se mantém? Por que o esquecimento não consegue se instalar e apagá-lo de minha memória? Que amor é esse?

Para Hercules, a intensidade do prazer erótico, a cumplicidade e intimidade, mantêm acesa a presença imaginária da amada, seja religando o passado ao presente e ao futuro, seja como um espelho interior a refletir a própria imagem. A plasticidade do inconsciente explicita o sabor único do desejo. Assim, a significância da relação amorosa continua sendo como uma “impressão digital”, invisível a olho nu, todavia, límpida, gravada em suas memórias.

A dor desencadeada pela perda da pessoa amada se expressa também por sinais corporais. Esses sinais são desvelados no testemunho de Hercules: *Fui visitá-la muitas vezes, mais fui definindo... Sentia tanta falta dela que fiquei doente por sua ausência... Éramos um inteiro, estudávamos juntos, passeávamos e fazíamos planos para continuarmos nossas vidas.*

O corpo fala, e fala da experiência da angústia, da solidão e da desmotivação, por não conseguir atribuir significado e sentido à vida, diante da ausência do ser amado.

Segundo Caruso (1982), a separação amorosa é uma das experiências mais dolorosas vividas pelo ser humano, sendo pior do que a própria morte física. Há na separação dos amantes uma sentença de morte recíproca, isto é, o outro morre, em vida, dentro de mim enquanto eu morro na consciência do ser amado. É o sentimento de que, apesar de me encontrar viva em meu corpo, sou um cadáver para o(a) eleito(a) amado(a). Na visão desse autor, a separação é vivenciada de modo equivalente ao processo abortivo, é o arrancar a vida que floresce dentro do ser.

E Nasio (1997, p. 32), corroborando essa visão, afirma: “A pessoa amada é para o eu tão essencial quanto uma perna ou um braço. Seu desaparecimento é tão revoltante que o ‘eu’ ressuscita o amado sob a forma de um fantasma. Desse modo, o amado continuará tal qual um fantasma, a habitar o ‘eu’.”

Assim, ao revisitarem suas experiências amorosas demarcadas pela sincronização erótica intensa, esses três homens desvelam suas alegrias, dores, angustia, solidão e desprazeres por não terem ultrapassado/superado os empecilhos impostos ora pela não aprovação da mãe pela amada eleita por Apolo; ora por Hércules não suportar a distância que o impedia de compartilhar sua rotina com a amada, ora pelo silêncio que demarcou a não reconciliação da executiva por Dionísio.

Nota-se que esses homens ficaram aprisionados ao tempo vivido desses amores de tal modo que nem outros relacionamentos conseguiram (*des*)imantá-lo. *Ela continua, como sombra, a seguir os meus passos*, relata Dionísio enquanto Hercules indaga: *Por que esse amor se mantém no decorrer de todo esse tempo? Por que esse amor se mantém? Por que o esquecimento não consegue se instalar e apagá-la de minha memória?*? Fica evidente a perplexidade diante do enigma da im-permanência do desejo de eleger o ÚNICO, ESPECÍFICO. Visto ser a im-permanência o estado de ser de Eros – deus da vida e do amor – instância energética inseparável de Thanatus, deus da dor e da morte.

Desejo que se alimentado pela falta, pela carência. Somos todos carentes de amor. *Se a insatisfação é viva, mas suportável o desejo continua ativo e o sistema psíquico continua estável. Se, ao contrário, a satisfação é demasiado transbordante ou se a insatisfação é desmedida, o desejo perde o seu eixo e a dor aparece.* (NASIO, 1997, p. 35-36).

Considerar a amada eleita insubstituível ao longo de décadas, pela perspectiva de Násio, ocorre porque cada um teve o seu desejo progressivamente plasmado à *sinuosidade do fluxo vibrante do desejo* da amada e sofre pela *insatisfação* desmedida desencadeada pela separação.

Nesse trajeto, Eros realiza sua hermenêutica ao circunscrever nossa carência irredutível. Carência que não só aspira ao desejo como o organiza e nos orienta para a vivência do prazer extraordinário, nos momentos

de sincronia erótica e da dor alucinante nos momentos de ruptura do vínculo amoroso.

Nessa dialética, a memória de tempos vividos ultrapassa as fronteiras do tempo cronológico/sequencial/quantitativo, o qual segundo a mitologia grega é regido pelo deus Kronos. Acontece que o tempo desses amores é regido pelo deus Kairós, que se refere à qualidade do tempo que foi vivido. Essa especialidade da qualidade da sincronia da relação vivida é que continua viva e pulsa com intensidade e singularidade possibilitando a esses homens atribuírem sentido único às suas experiências.

REFERÊNCIAS

- BARTHES, R. *Fragmentos de um discurso amoroso*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BRUNS, M. A. T. *Paradoxo do amor e do ódio em tempos de relações descartáveis*. Comunicação oral apresentada no VIII Encontro Ibero-americano de Educação/UNESP “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Ciências e Letras - campus de Araraquara/SP, 2013.
- BRUNS, M. A. T. A paixão. In: BRUNS, M.A.T.; ALMEIDA, S. (Org). *Sexualidade: preconceitos, tabus, mitos e curiosidades*, 2. ed. Campinas, SP: Átomo, 2010.
- BRUNS, M. A. T. *O amor rompendo preconceitos*. São Paulo: Ômega, 2001.
- CARUSO, I. *A Separação dos amantes: uma fenomenologia da morte*. São Paulo: Cortez, 1982.
- LEVY, L.; GOMES, I. C.; Relação, Violência Psicológica e complementaridade fusional. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652008000200012>>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- NASIO, J. D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

ATIVIDADE FÍSICA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM IDOSOS

Robison José Quitério

Alexandre Ricardo Pepe Ambrozin

As doenças e incapacidades ligadas ao processo do envelhecimento levam a dramático aumento dos custos assistenciais de saúde, além de importante repercussão social e na economia dos países. Portanto, estratégias para minimizar esse impacto são necessárias para otimizar e promover a saúde no idoso, dentre as quais uma das mais efetivas e de baixo custo é a prática da atividade física regular.

Neste capítulo trataremos de questões fundamentais relacionadas as mudanças estruturais e funcionais que caracterizam o envelhecimento humano normal; os efeitos do exercício e/ou atividade física sobre o processo de envelhecimento, capacidade funcional, progressão de doenças crônicas e incapacitantes, saúde física e o bem estar psicológico.

Serão apresentadas ainda as evidências científicas quanto a prática de exercícios aeróbios, resistidos, de flexibilidade, de equilíbrio e propriocepção, bem como, a dose (frequência, intensidade e duração) desejável para que ocorram os benefícios almejados e que os riscos sejam minimizados, já que quantidade significativa de novas evidências acumuladas sobre os benefícios do exercício físico regular e atividade física para idosos saudáveis e com doenças crônicas e/ou deficiências.

ADAPTAÇÕES MORFOLÓGICAS E FISIOLÓGICAS DURANTE O ENVELHECIMENTO

Com o avanço da idade ocorrem adaptações estruturais e funcionais na maioria dos sistemas fisiológicos, mesmo na ausência de doença (MASORO, 1995) que, cumulativamente, podem afetar as atividades da vida diária (AVD), a independência física e a saúde dos adultos mais velhos.

Adaptações morfofuncionais que ocorrem com o avanço da idade em humanos saudáveis são descritas abaixo (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

1 FUNÇÃO MUSCULAR

- Força e potência muscular

Mudanças: Força isométrica, concêntrica e excêntrica declinam a partir dos 40 anos e essa diminuição acelera após os 65-70 anos. A força da parte inferior do corpo diminui em um ritmo mais rápido que a parte superior. Potência diminui mais rapidamente que a força.

Consequências funcionais: Os déficits de força e potência são preditores de incapacidade e risco de mortalidade.

- Resistência muscular e fatigabilidade

Mudanças: Resistência declina. Manutenção da força em uma intensidade relativa pode aumentar com a idade. Efeitos da idade sobre os mecanismos de fadiga não são claros e são tarefa-dependentes.

Consequências funcionais: Não está claro, mas pode afetar a recuperação da tarefas diárias repetitivas.

- Equilíbrio e mobilidade

Mudanças: Adaptações sensoriais, motoras e cognitivas alteraram a biomecânica (sentar, levantar, locomoção). Essas mudanças somadas as restrições ambientais podem afetar adversamente o equilíbrio e mobilidade.

Consequências funcionais: O prejuízo do equilíbrio aumenta o medo de cair e pode reduzir as atividades de vida diária.

- Performance e controle motor

Mudanças: Tempo de reação aumenta. Velocidade de movimentos simples e repetitivo diminui. Controle dos movimentos de precisão é alterado. Tarefas complexas são mais alteradas que as simples.

Consequências funcionais: Muitos impactos nas atividades de vida diária com instrumental e aumento no risco de lesões e tempo de aprendizagem de tarefas.

- Flexibilidade e amplitude de movimento

Mudanças: A flexão do quadril (20% -30%), coluna (20% -30%) e tornozelo (30% -40%) está diminuída significativamente aos 70 anos, especialmente em mulheres. Diminui a elasticidade muscular e dos tendões.

Consequências funcionais: A diminuição da flexibilidade pode aumentar os riscos de lesão, quedas e dores nas costas.

2) FUNÇÃO CARDIOVASCULAR

- Função cardíaca

Mudanças: Declínio da frequência cardíaca máxima ($208 - 0,7 \times$ Idade), volume sistólico e débito cardíaco. Retardo na resposta da FC no início do exercício. Padrão de enchimento diastólico alterado (repouso). Fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida. Diminuição da variabilidade da FC.

Consequências funcionais: Principal determinante da redução da capacidade de exercício.

- Função vascular

Mudanças: Enrijecimento da aorta e seus principais ramos. Redução na capacidade vasodilatadora e na dilatação endotélio-dependente da maioria das artérias periféricas (braquial e cutânea).

Consequências funcionais: Enrijecimento arterial e disfunção endotelial, aumenta do risco de doenças cardiovasculares.

- Pressão arterial

Mudanças: Pressão arterial (especialmente sistólica) aumenta em repouso. Durante o exercício submáximo e máximo são mais elevados em idosos, especialmente em mulheres mais velhas.

Consequências funcionais: O aumento da PA sistólica reflete aumento do trabalho do coração.

- Fluxo sanguíneo regional

Mudanças: Fluxo sanguíneo nas pernas geralmente está reduzido em repouso e durante exercício submáximo e máximo. Vasoconstrição renal e esplâncnica durante o exercício submáximo pode estar reduzida.

Consequências funcionais: Podem influenciar a capacidade para o exercício, atividades de vida diária e regulação a regulação da pressão arterial.

- Extração de oxigênio

Mudanças: Sistêmico: mesmo em repouso e durante o exercício submáximo, igual ou ligeiramente inferior ao exercício máximo. Pernas: nenhuma mudança em repouso ou durante o exercício submáximo; diminui ligeiramente em exercício máximo.

Consequências funcionais: Capacidade de extração periférica de oxigênio é relativamente mantida.

- Volume e composição do sangue

Mudanças: Redução no volume total e do plasma ; pequena redução na concentração de hemoglobina.

Consequências funcionais: Pode contribuir para a redução do volume sistólico máximo em virtude da diminuição da pré-carga cardíaca.

- Regulação dos fluidos corporais

Mudanças: Sensação de sede diminui. Capacidade renal de conservação de água e sódio e são prejudicadas. Água corporal total diminui.

Consequências funcionais: O calor pode predispor à desidratação e prejudicar a tolerância ao exercício.

3) FUNÇÃO PULMONAR

- Ventilação

Mudanças: Ocorre diminuição da complacência da parede torácica. Força muscular expiratória diminui. Os adultos mais velhos adotam diferentes estratégias de respiração durante o exercício. Trabalho respiratório aumenta.

Consequências funcionais: Envelhecimento pulmonar não limita a capacidade de exercício, exceto no atleta.

- Troca de gases

Mudanças: Perda de alvéolos e o aumento do tamanho dos remanescentes; redução da área de superfície de trocas gasosas (oxigênio e gás carbônico) nos pulmões.

Consequências funcionais: Gases arteriais geralmente são bem mantidos até o exercício máximo.

4) CAPACIDADE FÍSICA FUNCIONAL

- Consumo máximo de oxigênio

Mudanças: Declina, em média, $0,4\text{-}0,5 \text{ mL}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}\cdot\text{ano}^{-1}$ (9% por década) em adultos sedentários saudáveis. Os dados longitudinais sugerem taxa de declínio acelera com o avançar da idade.

Consequências funcionais: É indicador da reserva funcional; fator de risco para doenças e de mortalidade.

- Cinética do consumo de oxigênio

Mudanças: Cinética do consumo de O_2 sistêmico é retardado no início do exercício, mas isso pode ser tarefa específica. O aquecimento antes do exercício pode normalizar essa diferença.

Consequências funcionais: Cinética lenta da ventilação de O₂ pode aumentar déficit de O₂ e promover a fadiga precoce.

- Limiar ventilatório e de lactato

Mudanças: Limiares ventilatório (expresso como uma percentagem do consumo máximo de O₂) aumentam com a idade. Produção máxima de lactato, tolerância e taxa de *clearance* pós exercício diminuem.

Consequências funcionais: Indicativo de redução da capacidade para o exercício de alta intensidade.

- Eficiência de trabalho submáximo

Mudanças: Custo metabólico de andar a uma determinada velocidade é aumentado. Eficiência do trabalho (ciclismo) é preservada, mas débito de O₂ pode aumentar em adultos sedentários.

Consequências funcionais: Implicações para o custo calórico e previsão do consumo máximo de O₂ em adultos mais velhos.

- Cinemática da caminhada

Mudanças: Velocidade de caminhada preferida é mais lenta. Comprimento do passo é mais curto; fase de duplo apoio dura mais tempo. Aumento da variabilidade da marcha. Estas diferenças etárias são exagerados quando o equilíbrio é perturbado.

Consequências funcionais: Implicações para a função física e risco de queda.

- Habilidade em subir escadas

Mudanças: Altura máxima do passo é reduzida, refletindo medida integrada da força nas pernas, ativação muscular coordenada e equilíbrio dinâmico.

Consequências funcionais: Implicações para a mobilidade e as demandas físicas nas atividades de vida diária.

5) ESTATURA, COMPOSIÇÃO CORPORAL E METABOLISMO

- Estatura

Mudanças: Diminui aproximadamente 1 cm por década durante os anos 40 e 50 e é diminuição é acelerada após os 60 anos (mulheres > homens). Compressão dos discos intervertebrais; curva torácica torna-se mais pronunciada.

Consequências funcionais: Mudanças vertebrais podem prejudicar a mobilidade e as tarefas diárias.

- Massa corporal total (peso)

Mudanças: Aumenta progressivamente durante a 3^a, 4^a e 5^a década de vida e estabiliza até os 70 anos, depois diminui. Mudanças na massa corporal total e no índice de massa corporal (IMC) pode mascarar o ganho de gordura / perda de massa muscular.

Consequências funcionais: Perda grande e rápida de massa corporal pode indicar alguma doença.

- Massa magra

Mudanças: Diminui de 2% a 3% por década entre 30 e 70 anos de idade. As perdas de proteína corporal total e potássio provavelmente refletem a perda de tecido metabolicamente ativo (ou seja, o músculo).

Consequências funcionais: Massa magra parece ser um importante regulador fisiológico.

- Massa muscular

Mudanças: Massa muscular diminui após os 40 anos e essa perda é acelerada após os 65-70 anos (pernas perdem mais rápido). Músculos dos membros apresentam reduções no número e tamanho das fibras (Tipo II > I).

Consequências funcionais: Perda de massa muscular e fibras do tipo II levam redução da velocidade / potência muscular.

- Qualidade muscular

Mudanças: Conteúdo de lipídios e colágeno aumentam. Conteúdo das meromiosinas (MHC) do tipo I aumenta e do tipo II diminui. Declínios de força pico-específico. Capacidade oxidativa por quilograma de músculo diminui.

Consequências funcionais: As alterações podem estar relacionadas à resistência à insulina e fraqueza muscular.

- Adiposidade regional

Mudanças: Gordura corporal aumenta durante a 3^a, 4^a e 5^a década de vida, acumulando-se preferencial na região visceral (intra-abdominal), especialmente em homens. Após os 70 anos, a gordura diminui em todas as regiões do corpo.

Consequências funcionais: O acúmulo de gordura visceral está associada a doenças cardiovasculares e metabólicas.

- Densidade óssea

Mudanças: Declina $0,5\%.ano^{-1}$ ou mais após a idade de 40 anos. As mulheres têm perda de massa óssea desproporcional ($2\% - 3\%.ano^{-1}$) após a menopausa.

Consequências funcionais: Risco de fratura.

- Metabolismo

Mudanças: Taxa de metabolismo basal em valores absolutos e por quilo de massa magra, taxa de síntese de proteína muscular (mitocôndria e MHC) e oxidação de gordura durante o exercício submáximo declinam com o avanço da idade.

Consequências funcionais: Podem influenciar a utilização do substrato energético durante o exercício.

As adaptações anátomo-funcionais decorrentes do processo de envelhecimento, bem como a repercussão funcional estão resumidas na tabela 1.

Tabela 1. Adaptações morfológicas que ocorrem com o avanço da idade em humanos saudáveis.

| Variáveis | Mudanças | Consequências funcionais |
|--|---|--|
| Função muscular | | |
| - Força e potência muscular | Declinam | Preditores de incapacidade e risco de mortalidade. |
| - Resistência muscular e fatigabilidade | Resistência declina. Os mecanismos de fadiga não são claros e são tarefa-dependentes. | Pode afetar a recuperação das tarefas diárias repetitivas. |
| - Equilíbrio e mobilidade | Diminuem. | Aumenta o medo de cair e pode reduzir as atividades de vida diária. |
| - Performance e controle motor | Tarefas complexas são mais alteradas que as simples. | Impactos nas atividades de vida diária |
| - Flexibilidade e amplitude de movimento | Diminuídas | Riscos de lesão, quedas e dores nas costas. |
| Função cardiovascular | | |
| - Função cardíaca | Declínio | Redução da capacidade de exercício. |
| - Função vascular | Enrijecimento da aorta e seus principais ramos. Redução na capacidade vasodilatadora | Risco de doenças cardiovasculares. |
| - Pressão arterial | Aumenta | Aumento do trabalho do coração. Pode influenciar a capacidade para o exercício, atividades de vida diária e regulação a regulação da pressão arterial. |
| - Fluxo sanguíneo regional | Reduzido | Relativamente mantida. |
| - Extração de oxigênio | Pouca ou nenhuma mudança | Redução do volume sistólico máximo |
| - Volume e composição do sangue | Redução no volume total, plasma e hemoglobina. | O calor pode predispor à desidratação e prejudicar a tolerância ao exercício. |
| - Regulação dos fluidos corporais | Água corporal total diminui. | |
| Função pulmonar | | |
| - Ventilação | Diminui | Não limita a capacidade de exercício |
| - Troca dos gases | Perda de alvéolos | Gases arteriais geralmente são bem mantidos até o exercício máximo. |
| Capacidade física funcional | | |
| - Consumo máximo de oxigênio | Declina | Fator associado a doenças e de mortalidade |
| - Cinética do consumo de oxigênio | Fica lenta | Fadiga precoce. |
| - Limiar ventilatório e de lactato | Diminui a produção máxima de lactato, tolerância e taxa de clearance pós exercício. | Redução da capacidade para o exercício de alta intensidade. |

| | | |
|--|--|---|
| - Eficiência de trabalho submáximo | Aumenta custo metabólico | Implicações para o custo calórico |
| - Cinemática da caminhada | Caminhada preferida é mais lenta. | Implicações para a função física e risco de queda |
| - Habilidade em subir escadas | Reduzida | Implicações para a mobilidade e as demandas físicas |
| Estatura, composição corporal e Metabolismo | | |
| - Estatura | Diminui | Podem prejudicar a mobilidade e as tarefas diárias. |
| - Massa corporal total (peso) | Aumenta entre 3 ^a e 5 ^a década de vida e diminui após os 70 anos. | Perda grande e rápida de massa corporal pode indicar alguma doença. |
| - Massa magra | Diminui de 2% a 3% por década entre 30 e 70 anos de idade. | Importante regulador fisiológico. |
| - Massa muscular | Diminui após os 40 anos | Redução da velocidade / potência muscular. |
| - Qualidade muscular | Aumenta conteúdo de lipídios e colágeno. Aumentam as meromiosinas (MHC) do tipo I (lentas) e diminui do tipo II (rápidas). | Podem estar relacionadas à resistência à insulina e fraqueza muscular. |
| - Adiposidade regional | Acumulo preferencial na região visceral (intra-abdominal), especialmente em homens. | Associada a doenças cardiovasculares e metabólicas. |
| - Densidade óssea | Declina | Risco de fratura |
| - Metabolismo | Declina. | Podem influenciar a utilização do substrato energético durante o exercício. |

Adaptado de CHODZKO-ZAJKO et al., 2009

ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Apesar da variabilidade genética interindivíduos, parece que a atividade física pode ser um fator de estilo de vida que discrimina entre os que têm e os que não têm experimentado um envelhecimento bem sucedido, pois a sua prática influencia favoravelmente os sistemas orgânicos e associa-se a melhor saúde mental, integração social, contribuindo, assim, para a melhora da qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009). Há evidências crescentes de que a atividade física regular reduz o risco de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, câncer de cólon, câncer de mama, prejuízo cognitivo, ansiedade e depressão. Além disso, a atividade física é recomendada como uma intervenção terapêutica para o tratamento e gestão de muitas doenças crônicas, incluindo doença coronária, hipertensão, doença vascular periférica, diabetes do

tipo 2, obesidade, colesterol elevado, osteoporose, osteoartrite, claudicação e doença pulmonar obstrutiva crônica. Também têm sido identificados benefícios no tratamento e controle de depressão e transtornos de ansiedade, demência, dores articulares e nas costas, doenças cardiovasculares, síncope e prisão de ventre (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

O *American College Sports Medicine* (ACSM) (GARBER et al. 2011) recomenda um programa de exercícios abrangente que inclua atividades cardiorrespiratórias, resistência e/ou força muscular, flexibilidade e exercícios neuromotores (equilíbrio, propriocepção, coordenação) para os adultos de todos as idades. É desejável que todos sejam adequadamente avaliados e aconselhados por profissionais de saúde, que implementarão a prescrição individualizada, adequando-a ao estado de saúde, capacidade funcional e objetivos.

No entanto, um programa de exercício que não inclui todos os componentes de exercícios ou atinge carga (intensidade, duração e frequência) inferior a recomendada, é provável que também tenha benefício, particularmente em pessoas habitualmente inativos. Reduzir o tempo total gasto em atividades sedentárias, intercalando breves períodos de atividade física e de pé deve ser uma meta para todos adultos, independentemente de seus hábitos de atividade física.

Tem sido sugerido que o gasto de 2.000 kcal ou 150 minutos de atividades físicas por semana, diminui a morbidade e mortalidade cardiovascular, o qual pode ser atingido tanto com exercícios formais e programados (exercício físico), como em atividade comuns na vida diária e/ou de lazer (atividade física).

A intensidade e duração da atividade ou exercício físico deve ser baixa no início para os adultos mais velhos altamente descondicionados e funcionalmente limitado, ou que tenham doenças crônicas que afetam sua capacidade de realizar tarefas físicas. A progressão das atividades deve ser individualizada e adaptada à tolerância e preferência. Atividades de fortalecimento muscular e / ou treinamento do equilíbrio podem ser necessárias previamente às atividades de treinamento aeróbio entre indivíduos muito frágeis (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009). É a mesma coisa, somente quando os autores estão no final.

Embora a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (NÓBREGA et al., 2009) considerem a avaliação médica pré-participação fundamental, a impossibilidade de acesso a ela não deve impedir a adoção de um estilo de vida ativo. As alternativas de avaliação vão desde simples questionários até exames sofisticados. Os principais objetivos do exame clínico são: a identificação de doenças pregressas e atuais, a avaliação do estado nutricional, do uso de medicamentos, das limitações músculo-esqueléticas e do nível atual de atividade física.

Dentre os exames complementares, o mais importante é o teste ergométrico, cujos objetivos principais são: determinação da tolerância ao esforço e detecção de isquemia miocárdica induzida pelo esforço. A razão fundamental para realização do teste ergométrico no idoso, ainda que assintomático e sem fatores de risco, é que a partir dos 55 anos o risco de doença arterial coronariana (DAC) excede 10%, conferindo grande valor diagnóstico ao teste, ou seja, um resultado normal reduz esse risco para 2%, enquanto um resultado alterado o eleva para 90%. A realização do teste ergométrico pode incluir medidas da ventilação pulmonar e dos gases expirados (ergoespirometria), que permite a medida direta do consumo máximo de oxigênio, a determinação do limiar anaeróbico e melhor identificação da causa de intolerância ao esforço (NÓBREGA et al., 2009).

A avaliação pré-participação ideal deve incluir ainda testes de força muscular e de flexibilidade, análise postural e determinação da composição corporal. O objetivo conjunto desses testes é construir uma prescrição individualizada, favorecendo maior ganho de qualidade de vida (NÓBREGA et al., 2009).

A escolha da modalidade de exercício deve valorizar acima de tudo as preferências pessoais e possibilidades do idoso identificadas na avaliação inicial. O lazer e socialização devem integrar um programa bem-sucedido e, para que tal ocorra, as atividades devem ser, sempre que possível, em grupo e variadas (NÓBREGA et al., 2009).

Entretanto, em alguns indivíduos idosos, sua baixa capacidade funcional não permite a prescrição de exercícios da forma ideal. É, portanto, necessária uma fase inicial de adaptação, na qual a intensidade e a

duração serão determinadas em níveis abaixo dos ideais. As sessões devem ser iniciadas por uma fase de aquecimento, exercícios de alongamento e de mobilidade articular, além da atividade principal em menor intensidade. O aquecimento é uma fase importante, pois diminui os riscos de lesões e aumenta o fluxo sanguíneo para a musculatura esquelética. A redução progressiva da intensidade do exercício no final da sessão é igualmente importante, por prevenir a hipotensão pós-esforço. Esses efeitos podem ser exacerbados nos idosos, pois estes apresentam mecanismos de ajustes hemodinâmicos mais lentos e frequentemente utilizam medicamentos de ação cardiovascular (NÓBREGA et al., 2009).

Na fase inicial de um programa é importante dar segurança, educando quanto aos princípios científicos do exercício e estimulando a auto-monitorização. É importante fazer com que o hábito do exercício se transforme em algo tão natural como, por exemplo, cuidar da própria higiene (NÓBREGA et al., 2009).

A segurança é primordial, não só do ponto de vista cardiovascular, mas também em relação ao aparelho locomotor. É importante considerar sua menor capacidade de adaptação a extremos de temperatura e maior dificuldade de regulação hídrica. Devemos orientar quanto ao vestuário e calçados, estimular a hidratação durante a atividade e assegurar ambientes ventilados, bem iluminados e com pisos antiderrapantes (NÓBREGA et al., 2009).

EXERCÍCIO FÍSICO AERÓBIO

O exercício aeróbio é aquele que permite a execução da atividade por pelo menos alguns minutos e tem como predomínio de fonte energética a metabolização do substrato energético a partir da reação com o oxigênio. Essas atividades incluem as caminhadas, andar bicicleta, hidroginástica, dança, dentre outras.

Para maior efetividade e segurança recomenda-se que a intensidade do exercício aeróbio seja conhecida, o que pode ser feito a partir de um teste físico que permitirá a prescrição a partir de um ou a combinação dos seguintes métodos: consumo de oxigênio de reserva (VO_2R), frequência cardíaca de reserva (FCR), percentual da FC máxima (% FCmáx), percentual do consumo máximo (ou pico) de oxigênio (% VO_2max) e es-

cala de percepção de esforço de Borg (EPEB) (GARBER, BLISSMER, DESCENES et al. 2011). A intensidade mais adequada deverá ser avaliada por profissional habilitado(tabela 2).

Tabela 2. Classificação da intensidade do exercício aeróbio

| Intensidade | % VO ₂ R ou FCR | % FCmáx | %VO ₂ max | EPE |
|--------------------------|----------------------------|---------|----------------------|-------|
| Muito leve | < 30 | <57 | <37 | <9 |
| Leve | 30-39 | 57-63 | 37-45 | 9-11 |
| Moderado | 40-59 | 64-76 | 46-63 | 12-13 |
| Vigoroso | 60-89 | 77-95 | 64-90 | 14-17 |
| Máximo ou próximo máximo | ≥90 | ≥96 | ≥91 | ≥18 |

Adaptado do *American College of Sports Medicine* (2011). VO₂R = consumo de oxigênio de reserva; FCR = frequencia cardíaca de reserva; % FCmáx = percentual da FC máxima; %VO₂max = percentual do consumo máximo de oxigênio; EPE = escala de percepção de esforço de 6 a 20.

Caso seja utilizada a escala de percepção de esforço de zero a 10, deverá ser prescrito de 5 a 6 para a intensidade moderada e de 7 a 8 para a intensidade vigorosa (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

O uso de medicamentos de ação cardiovascular pode alterar a relação entre FC e intensidade de esforço. Nesse caso, a EPEB é uma excelente alternativa para qualquer indivíduo (NÓBREGA et al., 2009). Particularmente em relação aos betabloqueadores, têm sido propostas fórmulas para estimar os efeitos sobre as respostas cronotrópicas ao exercício físico, como sugerido no I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1997). Utilizando-se a formula a seguir é possível “estimar” o impacto da ação da droga sobre a FC máxima: Percentual da FC a corrigir = (dosagem do medicamento + 95,58) / 9,74. Exemplo: para um homem de 70 anos a FC máxima prevista seria 150 bpm (220 - idade). Na vigência de 100 mg/dia de propanolol, a FC máxima deveria ser corrigida da seguinte maneira: calcula-se o percentual da FC a corrigir, de acordo com a fórmula acima = (100 - 95,58) / 9,74 = 20,08%. Portanto a FC máxima prevista para esse indivíduo passaria de 170 para 136 bpm. Porém, a potência dos efeitos dessa classe de medicamentos variam de uma droga para outra. Para estudo mais detalhado sugerimos o trabalho de Kaplan (1980).

Em relação as sessões, a duração da atividade deve ser de pelo menos 30 min/dia de atividade moderada ou 20 min/dia de atividade vigorosa (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009), realizado de forma contínua (sem pausa) ou intervalada (pausa para descanso passivo ou ativo entre cada estímulo) (Tabela 3). Deve-se observar que intensidade alta pode estar associada a maior risco de lesões e desistência, devido a desconforto muscular, especialmente nas fases iniciais de um programa de exercícios (NÓBREGA et al., 2009).

Tabela 3. Duração da atividade aeróbia e tipo de treino de acordo com a intensidade

| Intensidade | Duração (min) | Tipo de treino |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
| Muito leve / Leve | > 30 | Contínuo |
| Moderado | 20 a 30 | Contínuo |
| Vigoroso | 3 a 20 | Contínuo ou intervalado |
| Máximo ou próximo máximo | ≤3 | Intervalado |

Os “idosos frágeis” e indivíduos em fase inicial do programa de exercícios podem beneficiar-se de sessões de curta duração (cinco a dez minutos) realizadas em duas ou mais vezes ao dia (NÓBREGA et al., 2009).

O volume total por semana deve totalizar 150-300 minutos de atividades moderadas ou 75-150 min de atividades vigorosas ou combinação equivalente de ambas (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009), sendo realizadas 3 ou mais sessões por semana.

Os benefícios do treinamento aeróbio incluem, mas não estão limitados aos seguintes: 1) melhora da composição corporal, incluindo menos gordura total e abdominal, aumento da massa muscular relativa e densidade mineral óssea (DMO); 2) maior resistência muscular; 3) maior capacidade para transportar e utilizar oxigênio; 4) melhora na função do coração; 5) menor estresse cardiovascular e metabólico durante o exercício submáximo; 6) diminuição do risco de doença coronária, através da intervenção nos fatores de risco: diminuição da pressão arterial, melhora na modulação autonômica do coração / variabilidade da FC, melhor reatividade endotelial (vasos sanguíneos), diminuição no nível de marcadores

inflamatórios sistêmicos, melhor sensibilidade a insulina e a homeostase da glicose, diminuição dos triglicérides, do LDL e do colesterol total, aumento do HDL e diminuição na circunferência da cintura; 7) melhora na condução nervosa e recrutamento da muscular; 8) retardo das perdas funcionais associadas ao envelhecimento (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009) mencionadas na tabela 1.

EXERCÍCIO FÍSICO RESISTIDO

Os exercícios realizados contra uma carga externa são chamados de exercícios resistidos, dentre os quais incluem-se a musculação, exercícios com faixas elásticas ou outros equipamentos.

As características treináveis através do exercício resistido incluem força muscular, potência, hipertrofia muscular e resistência muscular localizada. Variáveis como velocidade e agilidade, equilíbrio, coordenação, capacidade de salto, flexibilidade e outras medidas de desempenho motor também podem ser melhoradas com esse tipo de treinamento (RATAMESS et al., 2009).

O treinamento resistido deve ser realizado duas ou três vezes por semana em intensidade de moderada a vigorosa, porém de modo progressivo, ou seja, começando com cargas leves. Devem incluir de 8-10 exercícios envolvendo os principais grupos musculares, 2 a 3 séries de 8-12 repetições cada, com intervalos de descanso de 2-3 minutos entre cada série e de 48h entre as sessões (NÓBREGA et al., 2009; GARBER et al., 2011).

O ACSM (GARBER et al., 2011) recomenda treinamento com 20% a 50% da força máxima, para ganho de potência e entre 40-50% para o ganho de força; sugere que 10-15 repetições parecem ser eficaz na melhora da força em pessoas de meia idade e mais velhas. No caso do objetivo ser o ganho de resistência muscular, pode-se chegar a 20 repetições por série, no decorrer do programa de treinamento.

Entre indivíduos inexperientes ou iniciantes, as adaptações fisiológicas podem ocorrer em um curto período, necessitando, assim, de correções sistemáticas das carga de treinamento (sobrecarga), o que pode ser conseguida através da alteração de um ou mais das seguintes variáveis: 1) intensidade de exercício (resistência ou peso); 2) número de repetições; 3)

Velocidade de execução; 4) períodos de descanso entre as séries; 5) trabalho total, representado pelo produto do número de repetições pela resistência/peso (RATAMESS et al., 2009)

Os efeitos crônicos do exercício resistido dependem dos parâmetros de treinamento (volume e intensidade), do lastro fisiológico (experiências anteriores na prática de exercício) e da predisposição genética do indivíduo. De modo geral, tem sido verificado os seguintes benefícios: melhora na força, potência, resistência e, consequentemente, no desempenho neuromuscular; manutenção ou aumento da densidade mineral óssea; mudanças favoráveis na composição corporal , incluindo o aumento da massa magra e diminuição da massa gorda; efeitos metabólicos e endócrinos benéficos; melhora a função cardiovascular, reduz os fatores de risco associados à doença arterial coronariana e diabetes; pode reduzir o risco de câncer de cólon; melhora a estabilidade dinâmica; preserva a capacidade funcional; e promove bem-estar psicológico (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; RATAMESS et al., 2009).

Por outro lado, Melo et al. (2007) chamam a atenção a respeito do treinamento resistido de alta intensidade com idosos, sugerindo que o mesmo pode induzir a desequilíbrio na modulação autonômica, o que associa-se ao aumento de riscos cardiovasculares. Necessitando, portanto, de mais estudos sobre esses efeitos crônicos do exercício resistido de alta intensidade para o idoso.

EXERCÍCIOS DE FLEXIBILIDADE

A diminuição da amplitude de movimento das grandes articulações está associada a dores osteomioarticular, diminuição da mobilidade e da independência física (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; NÓBREGA et al., 2009), portanto a prática desse modalidade é de fundamental importância para o idoso.

Os parâmetros para prescrição de exercícios para melhorar a amplitude de movimento articular incluem: duas ou três sessões semanais; intensidade de estiramento, a ponto de sentir leve desconforto; duas a quatro séries de 10 a 30 segundos de manutenção na postura estática. Apesar de evidências não tão contundentes, em pessoas mais idosas, períodos de 30-60

s podem conferir maior benefício; para o treinamento utilizando-se a técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva, recomenda-se três a seis segundos de contração com 20 a 75% da força máxima, seguido de 10 a 30s de alongamento assistido; aquecimento prévio com atividades aeróbias leves e métodos externos (ex: calor úmido ou banhos quentes) são recomendados. Apesar da necessidade periódica de sobrecarga, os métodos para essa finalidade ainda não estão bem estabelecidos (GARBER et al., 2011).

EXERCÍCIOS PARA EQUILÍBRIO E PROPRIOCEPÇÃO

Uma das principais consequências da diminuição do equilíbrio e propriocepção são as quedas. Assim, as diretrizes atuais (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; NÓBREGA et al., 2009) recomendam que essa modalidade de treino seja incluída na prescrição para idosos, principalmente para os músculos relacionados as posturas e atividades de vida diária.

Sugere-se duas a três sessões semanais com duração de 20 a 30 minutos, entretanto, devido a falta de maiores evidências científicas, não há recomendações específicas sobre volume, intensidade e a progressão (GARBER et al., 2011). Todavia, sugere-se progredir de posturas fáceis e base de apoio confortáveis para as mais difíceis; incluir movimentos dinâmicos e mudanças de direção, que perturbem o centro de gravidade; atividades com redução da entrada sensorial.

Em nossa prática esses exercícios são utilizados na fase inicial da sessão, como parte do aquecimento e, associado aos outros tipos de exercícios e orientações, são eficazes na prevenção de quedas.

EXERCÍCIO FÍSICO, BEM ESTAR PSICOLÓGICO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS COGNITIVAS

Em adição aos efeitos do exercício físico descritos anteriormente, há forte evidências do seu impacto em vários parâmetros psicológicos e cognitivos. Reduzem o risco de declínio cognitivo, demência e de depressão ou ansiedade, pois atua na construção positiva do auto-conceito e auto-estima (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

A exposição aguda a uma única sessão de exercício aeróbico pode resultar em melhorias da memória, atenção e tempo de reação, mas somente a participação contínua leva a melhorias sustentadas do desempenho cognitivo. O mecanismo para a relação entre atividade física e exercício e funcionamento cognitivo não é bem compreendido, no entanto, vários investigadores sugeriram que o aumento no fluxo de sangue cerebral, elevação no fator neurotrófico derivado do cérebro e melhorias nos sistemas de neurotransmissores e de fator de crescimento insulínico (IGF-1) podem ocorrer em resposta ao exercício aeróbico (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

Em relação a qualidade de vida de modo geral, a maior parte da evidências concluem que atividade física parece ser positivamente associada com muitos, mas não todos os domínios (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação da atividade física, exercício e aptidão física com a saúde e envelhecimento biológico é complexo e multifacetado, porém a prática regular de exercício físico deve ser planejada para minimizar as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento típico; contribuir para a saúde psicológica e bem-estar; aumentar a longevidade e diminuir o risco de vários dos mais comuns doenças crônicas das sociedades industrializadas; ser útil como tratamento primário ou adjuvante para certas doenças crônicas e contrariar os efeitos colaterais específicos de cuidados médicos padrão, e; auxiliar na prevenção e tratamento de deficiências (SINGH, 2004).

Em nossa experiência clínica, Serviço de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular e Metabólica da Universidade Estadual Paulista (UNESP) Campus de Marília, os pacientes são submetidos a duas sessões semanais que constam das seguintes fases: a) recepção do paciente: avaliação do estado geral e medida dos sinais vitais; b) Aquecimento: mobilização articular, atividades aeróbias leves associadas a exercícios de propriocepção, equilíbrio e cognição relacionadas as atividades de vida diária; c) Atividade aeróbio: centro da zona alvo indicada a partir da avaliação da capacidade aeróbio funcional; d) exercícios resistidos; e) alongamento para os músculos encurtados identificados na avaliação física; f) relaxamento; g) orientações quanto a prática de atividades e hábitos de vida. De acordo com a

doença, os mesmos são orientados a praticar mais duas a cinco sessões fora do setor. A combinação de todas essas atividades parecem ser mais eficazes e precisam ser regulares, pois seus efeitos são transitórios.

Além disso, reunimos periodicamente todos os atendidos para processo de educação em saúde e motivação/desenvolvimento pessoal através da técnica de reuniões de lideranças. Nesse processo, além do tema central de saúde a ser trabalhado pelos profissionais, cada um dos pacientes assume um “papel” (uma atividade que pode ser cultural, intelectual, motora, etc), participando ativamente da mesma.

Essas atividades são essenciais para envelhecimento saudável, já que os benefícios são substanciais e atingem, praticamente, todos os sistemas, contribuindo para a melhora do desempenho físico, da cognição, do humor e na prevenção de doenças, conferindo melhor qualidade de vida aos praticantes.

REFERÊNCIAS

- CHODZKO-ZAJKO W.J. et al. Exercise and Physical Activity for Older Adults: position stand from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*, p.1510-30, 2009.
- GARBER, C.E. et al. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults: position stand from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*, p. 1334-59, 2011.
- KAPLAN, N. M. Sistemic hypertension: therapy. In: BRAUNWALD, E. *Heart Disease a Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 1980. p. 1-136.
- MASORO, E. (Ed.). *Handbook of Physiology*: section 11: Agin. An American Physiological Society Book, 1995.
- MELO, R. C. High eccentric strength training reduces the heart rate variability in healthy older men. *Br. J. Sports Med*, 2007. (doi:10.1136/bjsm.2007.035246).
- NELSON, M.E. et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, v. 116, n. 9, p. 1094, 2007.

NÓBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. *Rev Bras Med Esporte*, p. 5, v. 6, p. 207-211, 2009.

RATAMESS A.N. et al. Progression models in resistance training for healthy adults: position stand from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*, v. 41, n. 3, p. 687–708, 2009.

SINGH, M. A. F. Exercise and aging. *Clin Geriatr Med*, v. 20, p. 201– 221, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular - Fase Crônica. *Arq Bras Cardiol*, v. 69, n. 4, p. 267-291, 1997.

PALAVRAS FINAIS

Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

Todos os capítulos aqui apresentados trazem ótimas contribuições para o estudo do Envelhecimento. A maior riqueza encontra-se na diversidade de olhares, cada qual com suas possibilidades de mudança, de melhora. Estudar o Envelhecimento é uma necessidade, visto que o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional são hoje uma realidade. É de suma importância uma mudança de conceitos em relação ao Envelhecimento, assegurando-lhe sempre ao idoso o direito à educação, saúde, enfim ao exercício da cidadania,

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina¹

¹ Cora Coralina, pseudônimo de Anna Lins dos Guimarães Peixoto Bretas, foi uma poetisa e contista brasileira. Considerada uma das mais importantes escritoras brasileiras, ela teve seu primeiro livro publicado em junho de 1965 (*Poemas dos Becos de Goiás e Estórias Mais*), quando já tinha quase 76 anos de idade.

GILSENIR M. P. A. DÁTILO
ANA PAULA CORDEIRO
(ORG.)

SOBRE OS AUTORES

ALESSANDRA DE MORAIS

Psicóloga e Doutora em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP, campus de Marília. Atualmente é professora assistente doutora do Departamento de Psicologia da Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP, Campus de Marília. Pesquisa os seguintes temas: representações sociais, psicologia do desenvolvimento moral, educação moral e instrumentos de medida de julgamento moral.

ALEXANDRE RICARDO PEPE AMBROZIN

Possui graduação em Licenciatura em Educação Física pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1997), graduação em Fisioterapia pela Universidade do Sagrado Coração (2001), especialista em Fisioterapia Pneumofuncional e Reabilitação Cardiovascular pela Universidade do Sagrado Coração (2003), mestreando em Cirurgia [Botucatu] pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2005) e concluiu doutorado em Cirurgia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho em 15 de dezembro de 2009. Foi professor com dedicação parcial da Universidade do Sagrado Coração, de 2001 até 2007. Foi professor e coordenador do Curso de Fisioterapia da Faculdade Anhanguera de Bauru até abril de 2010. Foi professor de Anatomia Humana da Universidade Federal do Mato Grosso - Campus de SINOP em 2010. É professor do Curso de Fisioterapia da Unesp de Marilia em dedicação exclusiva ao ensino, pesquisa e extensão. Tem experiência na área de Fisioterapia Respiratória, atua em pesquisas nos seguintes temas: Fisioterapia respiratória, ventilação mecânica, avaliação da mecânica respiratória, técnicas de avaliação em fisioterapia respiratória , complicações pós-operatória e teste de esforço pré-operatório.

ALINE MURARI FERRAZ CARLOMANHO

Graduada no curso de Terapia Ocupacional pela UNESP - campus de Marília, foi bolsista de iniciação científica pela FAPESP. Fez parte como membro atuante no grupo de pesquisa "Neurociências e Comportamento: Memória, Plasticidade, Envelhecimento e Qualidade de Vida"; linha de pesquisa Memória e Envelhecimento Humano: Fatores de Risco e Estratégias Preventivas, sob coordenação do Dr. Edvaldo Soares. Atuou nos seguintes temas: memória, envelhecimento humano, prevenção e fatores de risco. Realizou pós graduação em Reabilitação em Atividades de Vida Diárias pela FCM- UNICAMP e atualmente é aluna regular no programa de mestrado acadêmico intitulado: Saúde, Interdisciplinariedade e Reabilitação, pela FCM- UNICAMP.

ANA PAULA CORDEIRO

Possui graduação em Pedagogia , mestrado e doutorado em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. É professora assistente doutora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, FFC-UNESP- Marília.Tem experiência na área de Educação e atua nos seguintes temas: educação infantil, Sociologia da Infância, ensino fundamental, a arte e o lúdico na educação de crianças de 0 a 10 anos, teatro e educação (jogos dramáticos e teatrais na Educação Infantil e nas primeiras cinco séries do Ensino Fundamental, direção teatral, criação teatral coletiva, oficinas de jogos teatrais e processos de criação teatral na terceira idade). É líder do Grupo de Pesquisa "Educação, comunicação e sociedade" e membro do "GP FORME" e do "GEPADI- Grupo de Estudos e Pesquisas em Atividade e Desenvolvimento Infantil", todos cadastrados no CNPQ, atuando principalmente nas linhas de pesquisa "Sociologia da Infância: o lúdico e a educação", "Atividades em Educação Infantil" e "Educação Infantil e Formação de Professores". Coordena o Projeto "LUDIBUS", vinculado à PROEX - UNESP e ao Núcleo de Ensino de Marília e o Projeto "Oficinas de Teatro da UNATI (Universidade Aberta à 3ª Idade)-UNESP de Marília", vinculados à PROEX. Atua como coordenadora junto ao PIBID- Pedagogia- Educação Infantil a partir de 2014.

DAYSE CRISTINA PACHECO

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho(2012) e especialização em Reabilitação em Atividades de Vida Diária pela Universidade Estadual de Campinas(2014). Possui aprimoramento na Universidade Estadual de Campinas (FUNDAP). Atuando principalmente nos seguintes temas: deficientes visuais, políticas públicas, SUS. Mestranda na UNICAMP.

DOUGLAS DE MELO JUSTINO DA SILVA

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), 2014.

EDVALDO SOARES

Doutor em Neurociência e Comportamento pela Universidade de São Paulo (2003). Docente na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, onde leciona as disciplinas de Neurociências, Neurociência Cognitiva e Psicobiologia do Desenvolvimento. Atua como pesquisador junto ao grupo "Psicobiologia: Processos Associativos, Controle Temporal e Memória" da USP - Ribeirão Preto SP. Desenvolve pesquisas relacionadas aos temas: Plasticidade e Memória, Envelhecimento Humano, Epistemologia das Neurociências, Lógica e Epidemiologia. Coordena o Projeto de Pesquisa e Extensão "Memória e Envelhecimento Humano", o Grupo de Pesquisa em Neurociência e Comportamento: Memória, Plasticidade, Envelhecimento e Qualidade de Vida, na FFC - Unesp - Campus de Marília SP e o Laboratório de Neurociência Cognitiva - LaNeC.

GABRIELA MARIA BRAZ

Terapeuta Ocupacional, formada pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP), unidade de Marília. Aprimoranda em Terapia Ocupacional (bolsista FUNDAP).

GILSENIR MARIA PREVELATO DE ALMEIDA DÁTILO

Doutora em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP, campus de Marília. Atualmente é professora assistente, doutora do Departamento de Psicologia da Educação da Faculdade de Filosofia e Ciência, UNESP, Campus de Marília. É coordenadora da UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP de Marília SP, Projeto de Extensão (PROEX). Pesquisa o tema “envelhecimento humano”.

IRACI PEREIRA MESQUITA DE MELO

Professora aposentada, aluna da UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP de Marília SP

ISABELA FEITOSA DE CARVALHO

Fisioterapeuta, mestrandona em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, Instituto de Biociências, UNESP-Rio Claro.

JOSÉ CARLOS CAETANO

Engenheiro aposentado, aluno da UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade da UNESP de Marília SP

JÚNIA VELOSO DA SILVA

Terapeuta Ocupacional, formada pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP), unidade de Marília. Aprimoranda em Terapia Ocupacional em Traumato-Ortopedia pelo HCFMUSP (bolsista FUNDAP), com Especialização em andamento pelo HCFMUSP. Experiência na área de ortopedia, confecção de órteses, prescrição e adaptação de cadeira de rodas.

LIGIA CRISTIANE SANTOS FONSECA

Fisioterapeuta, mestre em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, Instituto de Biociências, UNESP-Rio Claro, doutoranda pelo Department of Rehabilitation- & Prevention Engineering Helmholtz Institute - RWTH Aachen University – Germany.

LUÁ CARLOS VALLE DANTAS

Luá Carlos Valle Dantas: Mestrando em Filosofia da FFC- Unesp- Marília, ingresso em 2013. Envolvido em Projetos de pesquisa em Neurociências na área do envelhecimento, memória, plasticidade, comportamento e qualidade de vida desde 2008.

LUIZ AUGUSTO KNAFELÇ FERREIRA

Graduado em psicologia em 2012, atuou junto ao Laboratório de Neurociências Cognitivas (LaNeC) da Unesp Marília de 2008 até 2013. Atualmente é aluno do programa de mestrado em educação da Unesp Marília.

MARIA ALVES DE TOLEDO BRUNS,

Doutora em Psicologia Educacional pela Faculdade de Educação da Universidade de Campinas/SP e Pós Doutorado em Linguística pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo/SP. Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo/Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Campus de Ribeirão Preto, SP e do Programa de Pós-Graduação nível de mestrado em Educação Sexual da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/ Faculdade de Ciências e Letras – Campus de Araraquara/SP. Líder do Grupo de Pesquisa Sexualidadevida-USP/CNPq, certificado pela Universidade de São Paulo/Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Campus de Ribeirão Preto, SP

MARIA CANDIDA SOARES DEL MASSO

Graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Instituição Toledo de Ensino de Bauru (1980). Especialização em Reabilitação Profissional - Área Aconselhamento em Reabilitação pela Faculdade de Educação - UNESP, Bauru (1981). Especialização em Reabilitação Profissional - Área Avaliação Profissional pela Faculdade de Educação - UNESP, Bauru (1982). Mestrado - Master of Science - Rehabilitation Administration Services Program - Rehabilitation Institute - Southern Illinois University at Carbondale (1984). Mestrado em Educação Especial - Educação do Indivíduo Especial pela Universidade Federal de São Carlos (1993). Doutorado em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (2000). Atualmente é Professor Assistente Doutor II da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Filosofia e Ciências - Marília, Departamento de Educação Especial. Atuação na área de Educação e Educação Especial, com ênfase em Reabilitação Profissional, Profissionalização de Pessoas com Deficiência, Empregado Apoiado e Envelhecimento da Pessoa com Deficiência. Atuação na área do Envelhecimento Humano junto ao Projeto da Universidade Aberta a Terceira Idade da Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Inclusão Social (GEPIS'/CNPq). Coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisas em Inclusão Social (CEPIS/UNESP). Coordenadora do Projeto da Livraria Unesp Móvel - Fundação Editora da UNESP.

MARIA CUSTÓDIA JORGE DA ROCHA

Possui doutorado em Educação pela Universidade do Minho(2006). Tem experiência na área de Educação. Endereço Profissional Universidade do Minho. Instituto de Educação, Universidade do Minho, Campus de Gualtar 4710-057, Braga, Portugal.

MARIA JOSÉ SANCHES MARIN

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Acadêmico “Ensino em Saúde” da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, Marília, SP. e do Programa de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista- Campus de Botucatu.

MARIANA MORON SAES BRAGA

Possui graduação em Direito pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (2001), mestrado em Direito pelo Centro Universitário Eurípides de Marília (2004) e doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2010). Atualmente é professor assistente doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

MARCOS EDUARDO SCHEICHER

Fisioterapeuta, mestre em Fisioterapia, doutor em Investigação Biomédica, professor do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UNESP-Marília, docente do programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, UNESP-Rio Claro.

MYCHELLY RIVE DE SOUZA

Graduada em Biblioteconomia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), 2013.

ROBISON JOSÉ QUITÉRIO

Possui graduação em Fisioterapia e em Educação Física; especialização em Bases Neuromecânicas; mestrado e doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. Foi professor assistente/supervisor de estágio em fisioterapia cardiovascular na UFSCar e da UNIMEP. Atualmente é professor no Curso de Graduação em Fisioterapia da UNESP - Campus de Marília e no Programa de Pós Graduação (nível mestrado e doutorado) em Desenvolvimento Humano e Tecnologias - Linha: Tecnologias e Desempenho Humano - na UNESP de Rio Claro. Tem experiência nas áreas de Fisiologia do Esforço, treinamento desportivo e Fisioterapia Cardiovascular, atuando principalmente nos seguintes temas: medidas, avaliação e prescrição de exercício físico para indivíduos saudáveis (inclusive atletas) e para portadores de fatores de risco e/ou doenças cardiovasculares;

dinamometria eletrônica; eletromografia; ergoespirometria; análise da freqüência cardíaca e da sua variabilidade; envelhecimento.

SEBASTIÃO MARCOS RIBEIRO DE CARVALHO

Professor Assistente Doutor do Departamento de Psicologia da Educação (DPE) da Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília, UNESP (Disciplinas de Estatística), pesquisador do Grupo de Pesquisa Neurociências e Comportamento: Memória, Plasticidade, Envelhecimento e Qualidade de Vida - Departamento de Psicologia da Educação - FFC, UNESP / Câmpus de Marília-SP e integrante do Laboratório de Neurociência Cognitiva - LaNeC. Licenciado em Matemática (Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Tupã-1973) e em Pedagogia (Faculdades Integradas de Marília - 1983). Titulado em nível de Mestrado Profissionalizante em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo (2002) - ênfase em Medicina Baseada em Evidências. Titulado em nível de Mestrado em Energia na Agricultura pela Faculdade de Ciências Agronômicas-UNESP (1994) e doutorado em Energia na Agricultura pela Faculdade de Ciências Agronômicas-UNESP (1999). Ex-professor Consultor da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA (Planejamento de Pesquisa em Saúde, Pesquisa Clínica, Bioestatística, Medicina Baseada em Evidências, Saúde Baseada em Evidências, Análise de dados e Avaliação Externa). Ex-professor dos Programas de Pós Graduação da Universidade de Marília - UNIMAR: Mestrado "Stricto Sensu" em Odontologia, Agronomia e Medicina, autorizados e reconhecidos pela CAPES (1996-2006) (Disciplinas Estatística, Estatística Aplicada, Bioestatística, Metodologia Científica, Metodologia de Ensino). Ex-professor titular das disciplinas de Estatística, Estatística Aplicada e Bioestatística dos Cursos de Graduação da UNIMAR (1988-2006) (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia, Enfermagem e Obstetrícia, Zootecnica e Medicina Veterinária). Ex-membro do Corpo Editorial da Revista Ciências Odontológicas da UNIMAR. Tem experiência em Análise Estatística de Dados e Planejamento de Pesquisas, Planejamento e Orientação de Monografias, Dissertações e Teses nas áreas de Educação, Educação Especial, Ciências Sociais Aplicadas e Ciências da Saúde (ênfase em Fisioterapia, Distúrbios da Comunicação Humana, Fonoaudiologia, Medicina e Odontologia) com ênfase em Saúde Baseada em Evidências, Medicina Baseada em Evidências, Odontologia Baseada em Evidências e Saúde Baseada em Evidências. Atua principalmente nos seguintes temas: Metodologia da Pesquisa Científica, Bioestatística, Estatística Experimental, Estatística Aplicada à Saúde, Estatística Aplicada à Educação e Ciências Sociais, Medicina Baseada em Evidências, Saúde Baseada em Evidências e Educação Baseada em Evidências. . Atualmente é Chefe do Departamento de Psicologia da Educação da FFC - Unesp Marília.

STELA MILLER

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1971), graduação em Letras pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Dracena (1972), mestrado em Lingüística e Filologia da Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1991) e doutorado em Ensino na Educação Brasileira pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1998). Atualmente é professora assistente doutora aposentada do Departamento de Didática da Faculdade de Filosofia e Ciências da Unesp - Marília (SP) e professora voluntária do programa de Pós-Graduação em Educação na mesma Instituição. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Metodologia do Ensino de Língua Portuguesa (ciclo I), atuando principalmente nos seguintes temas: ensino e aprendizagem da língua portuguesa - ensino fundamental (séries iniciais), implicações pedagógicas da Teoria Histórico-Cultural.

TÂNIA SUELY ANTONELLI MARCELINO BRABO

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1991), mestrado em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1997), doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (2003) e pós-doutorado em Educação pela Universidade do Minho-Braga-Portugal (2007). Investigadora visitante no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (2007). Atualmente é professora assistente doutora efetiva da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Administração de Unidades Educativas e Políticas Educacionais, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão democrática, direitos humanos, gênero, cidadania e educação. Em 2012, realizou pós-doutorado em educação junto à Universidade de Valência-Espanha. Em 2013, participou do Programa de Mobilidade Docente, da Associação de Universidades Grupo Montevideo, realizando estágio de investigação junto ao Programa de Educação para a Paz, Não Violência e os Direitos Humanos, na Universidade Nacional de Rosário. Em 2015, realizou estágio de investigação junto ao Centro de Estudos sobre a Mulher, na Universidade Nacional do México.

VANESSA CLIVELARO BERTASSI PANES –

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Gerontológica pela UNIFESP, Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP-SP e Doutoranda do Programa no programa Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo.

SOBRE O LIVRO

| | |
|--------------------|---|
| Formato | 16X23cm |
| Tipologia | Adobe Garamond Pro |
| Papel | Polén soft 85g/m2 (miolo) Cartão Supremo 250g/m2 (capa) |
| Acabamento | Grampeado e colado |
| Tiragem | 300 |
| Catalogação | Telma Jaqueline Dias Silveira - CRB- 8/7867 |
| Normalização | André Felipe Pereira da Silva Gustavo Pollon Sá Freire Milena Rodrigues Thomé |
| Assessoria Técnica | Maria Rosangela de Oliveira - CRB-8/4073 |
| Capa | Edevaldo D. Santos |
| Diagramação | Edevaldo D. Santos |
| Produção gráfica | Giancarlo Malheiro Silva |

2015

Impressão e acabamento

Gráfica Campus
(14) 3402-1333

Envelhecimento Humano

Diferentes olhares

O que é o envelhecimento? O que os idosos pensam da velhice? O envelhecimento populacional atualmente é um fenômeno universal, tanto em países desenvolvidos como em emergentes como o Brasil e, para tal, tem recebido especial atenção no que diz respeito a políticas que viabilizem não só que as pessoas vivam mais anos, mas que esses sejam de qualidade de vida no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais.

Em todo mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido mais que o de qualquer outra faixa etária. Estima-se que em 2025 haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, e o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O Brasil até pouco tempo atrás era considerado um país de jovens, entretanto encontra-se atualmente em um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, alterando seu perfil demográfico, fato que representa um desafio para o século XXI e uma maior reflexão sobre o tema.

É com grande satisfação que apresentamos o presente volume, concebido e organizado pelos docentes participantes e colaboradores da Universidade Aberta da Terceira Idade da Unesp Campus de Marília-SP. O objetivo é compartilhar com a comunidade acadêmica e a população em geral, a produção do corpo docente referente à suas pesquisas sobre o Envelhecimento Humano e suas inter-relações.

ISBN: 978-85-7983-693-0

